

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Dyspepsie capricieuse

PAR DÉRÈGLEMENT

DE L'INNERVATION VÉGÉTATIVE

PAR

HUMBERT RENÉ

Né le 9 Avril 1893, à Cherbourg (Manche)

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Président : M. CH. ACHARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

CLANDE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRÉ
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A M. LE PROFESSEUR ACHARD
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR KLIPPEL

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de reconnaissance pour
la grande bienveillance dont il a tou-
jours fait preuve à notre égard et
pour la confiance dont il nous a ho-
noré en nous permettant d'assurer
pendant trois années, les fonctions
d'interne dans son service. Nous
sommes heureux de lui apporter ici
l'hommage de notre admiration et
de notre respectueuse affection.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR TUFFIER, PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR BERGE

M. LE DOCTEUR PARMENTIER

M. LE DOCTEUR RICHE

M. LE DOCTEUR MACAIGNE, PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR KLIPPEL

M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

M. LE DOCTEUR MERY, PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR VEAU

M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

AUX DOCTEURS :

ROUX-BERGER, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MARTIN, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

GENEVRIER, DOLBEAU, LAMY, SARI

A M. LE DOCTEUR L. ALQUIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

ANCIEN CHIEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA CLINIQUE
DES MALADIES NERVEUSES

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. En nous autorisant à puiser largement dans ses documents personnels, en nous apportant l'appui de son profond sens clinique et de sa vaste érudition, il nous a été d'un précieux secours. Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre reconnaissance ainsi que l'expression de notre respectueuse et affectueuse amitié.

INTRODUCTION

Le mot « dyspepsie », depuis qu'il a été créé par Cullen, a donné lieu à bien des interprétations théoriques, soulevé bien des discussions passionnées dont la longue relation sortirait du cadre de ce modeste travail.

On nous pardonnera donc de ne pas refaire ici l'histoire de cette très intéressante question qui a déjà été traitée par d'autres, en maintes circonstances ; et qui, au surplus, ne serait d'aucune utilité pour l'exposé des faits purement cliniques que nous apportons ici.

Nous nous garderons encore plus soigneusement de prendre parti, dans cette controverse ardue qui a pour objet de délimiter le cadre des dyspepsies, de les classer et d'établir la part qui revient en propre, tant dans la symptomatologie que dans le mécanisme pathogénique à chacun des trois facteurs : sensibilité, motricité et sécrétion.

Néanmoins, comme le premier devoir avant de donner corps à une idée quelle qu'elle soit, est de préciser le sens exact que l'on attache aux termes em-

ployés, nous dirons que dans les lignes qui vont suivre, nous donnerons toujours au mot dyspepsie son sens étymologique, c'est-à-dire son sens le plus large et qu'il sera toujours dans notre esprit synonyme de trouble dyspeptique, de syndrome dyspeptique, sans vouloir préjuger aucunement du caractère essentiel ou symptomatique des malaises étudiés.

Cette précaution prise, abordons notre sujet : Une tendance générale nous semble se dégager nettement de la majorité des conceptions actuelles. La dyspepsie fonctionnelle proprement dite formant un tout, se suffisant à lui-même, perd chaque jour du terrain. Une à une ses différentes variétés se voient rattachées soit à une lésion organique de l'appareil digestif ou de ses annexes, soit à une affection générale du système nerveux ; d'où deux grandes catégories : Lésions organiques d'une part, avec leurs dyspepsies symptomatiques, et névrose, d'autre part. Entre ces deux extrêmes, participant à la fois de l'une et de l'autre, se placeraient les cas où les symptômes morbides relèvent d'une lésion lointaine siégeant sur un organe séparé du tube digestif, et pour lesquels le mécanisme le plus habituellement admis est la voie réflexe (Dyspepsie utéro-annexielle, dyspepsie du rein flottant, etc...)

Cette manière de voir n'exclut d'ailleurs pas, pour ces diverses causes, la possibilité de coexister, le retentissement de la lésion locale sur l'état nerveux et réciproquement, étant, de toute évidence, une chose très fréquente.

De tout ceci un fait reste pour nous, acquis : l'existence de la gastro-névrose, dyspepsie à point de départ nerveux.

Or, en clinique, on a vite fait de s'apercevoir que sous ce terme de gastro-névrose, on réunit toute une série d'états morbides assez disparates, mal délimités, et d'interprétation la plupart du temps fort obscure.

Cependant, sans parler des crises gastriques du tabès qui ont une allure bien spéciale et une place depuis longtemps acquise en pathologie, un certain nombre de syndromes se sont dégagés peu à peu de cet ensemble, et l'un d'eux, la dyspepsie atone des neurasthéniques est maintenant classique.

Depuis quelques années à la lumière de données nouvelles apportées sur le fonctionnement du grand sympathique et des systèmes associés, la question a fait un nouveau pas avec les travaux du Pr. Grasset, de MM. Eppinger et Hess, Mathieu, J. Ch. Roux, Lœper, etc...

Le rôle joué par le dérèglement de l'innervation végétative dans les dyspepsies s'est précisé. C'est dans cet ordre d'idées que nous avons nous-même observé chez un certain nombre de malades une série de symptômes nous paraissant former par leurs caractères cliniques une variété particulière, distincte des autres dyspepsies nerveuses, et intéressante à connaître à cause de sa pathogénie, et des sanctions thérapeutiques qu'elle comporte.

C'est elle que nous nous proposons d'étudier ici sous l'appellation de *Dyspepsie capricieuse*.

Cette question a déjà fait l'objet de trois communications :

ALQUIER. — Société de Neurologie, 30 juin 1913 ; Société de Neurologie, 30 mars 1914.

ALQUIER et HUMBERT. — Société de Neurologie, 4 novembre 1920.

DESCRIPTION CLINIQUE

Ce qui caractérise la variété que nous allons décrire, c'est moins, ainsi que nous le verrons par la suite, tel signe pris en particulier, que l'ensemble du tableau clinique formé par la réunion de symptômes dyspeptiques d'allure spéciale et d'autres manifestations du dérèglement nerveux.

Nous passerons donc successivement en revue :

- 1° Les signes gastro-intestinaux.
- 2° Les autres troubles de l'innervation végétative.
- 3° La répercussion sur l'état mental.

Le terme « Dyspepsie capricieuse » souligne et résume les traits cliniques essentiels des troubles digestifs qui n'ont, pris isolément, rien de caractéristique. Aucun d'eux n'est pathognomonique.

Ce qui est bien spécial, c'est leur extrême variabilité et leur polymorphisme chez le même sujet. Aucune règle ne semble déterminer leur ordre d'apparition, leur groupement et leur répétition. Il s'agit d'un véritable état anarchique des fonctions digestives, dans lequel, sans prodromes, sans transition, les symptômes sautent d'un extrême à l'autre de

la pathologie gastro-intestinale. Un jour le malade accuse tous les signes d'une crise aiguë d'hyperexcitation gastrique : crampes, fringales avec brûlures et même douleur en broche, survenant à jeun, ou tardivement après les repas, voire même vomissements acides, muqueux ou bilieux. Ces troubles comme chez l'hyperchlorhydrique sont calmés par l'ingestion d'aliments d'où une véritable boulimie parfaitement tolérée. Puis, sans cause apparente, d'un jour à l'autre ou même d'un moment à l'autre, l'anorexie s'installe absolue. Le malade se met à table de bon appétit, mais dès la première bouchée, l'estomac refuse, les digestions deviennent lentes, interminables, avec tout le cortège des ballonnements, flatulences, éructations, météorisme, gargouillements, etc... caractéristiques habituellement de la dyspeisie gastro-intestinale hyposténique. L'ensemble de ces symptômes est absolument indépendant du régime : le même aliment parfaitement digéré aujourd'hui ne le sera plus demain. Un repas réputé indigeste n'amènera aucun des malaises qui suivront parfois une légère collation.

A l'examen, on trouve fréquemment l'estomac distendu par les gaz. L'aérophagie existe en effet chez beaucoup de malades, due souvent à la sécrétion salivaire anormalement abondante et aux incessants mouvements de déglutition qu'elle entraîne. Le clapotage, perçu tantôt dans les limites normales, tan-

tôt nettement sous-ombilical existe un jour, manque le lendemain.

Etant donnée la catégorie de malades qui a fourni le sujet de ce travail, l'analyse chimique répétée du liquide gastrique n'a pu être pratiquée systématiquement, non plus que l'examen radioscopique. Les documents que nous possédons à ce sujet sont trop peu nombreux, pour que nous puissions en faire état, mais nous pensons qu'une telle étude ne ferait que confirmer ce que la clinique nous montre déjà. Au surplus, ce que nous n'avons pu faire, d'autres l'ont en partie réalisé, et récemment un auteur signalait dans des cas analogues aux nôtres, l'opposition entre la fonction de la muqueuse et celle du muscle : l'hyperchlorhydrie, d'une part et l'atonie, d'autre part, se montrant avec le maximum de fréquence. Le même expérimentateur insiste également sur la variabilité au cours d'examens successifs de la contractilité et de l'évacuation gastrique contrôlées aux rayons X (1).

Du côté de l'intestin, mêmes variations que pour l'estomac : un jour on trouve l'abdomen plat, le colon rétracté, spasmodique ; formant au palper une corde douloureuse, avec crises de crampes extrêmement pénibles comme on en observe dans la colite muco-membraneuse, dans les congestions aiguës du foie ou dans certaines utéro annexites ; une autre fois c'est tout le contraire : l'intestin est météorisé par les gaz, gargouillant. Bien plus, les deux aspects

J. RENARD. — *Le syndrome sympathique*, thèse de Paris, 1921.

peuvent se rencontrer simultanément sur deux segments voisins. La constipation alterne avec des crises de diarrhée séreuse ayant souvent le caractère hémorrhagique : tantôt dures et pléiochromiques, les selles deviennent brusquement molles et décolorées.

Le foie lui-même présente des alternatives de congestion et de rétraction. Il est banal de trouver à des examens successifs chez le même malade des variations de volume pouvant atteindre plusieurs centimètres, en prenant comme repère la matité sur la ligne axillaire, mais ce qui est caractéristique des congestions nerveuses, c'est la soudaineté toute particulière avec laquelle se produisent ces variations.

Nous avons observé bien des fois ces modifications remarquablement rapides chez des sujets atteints d'instabilité cardio-vasculaire. Ils viennent consulter pour une gêne de l'hypocondre droit ou de l'épigastre, l'examen montre une matité de 10 à 12 centimètres qu'une simple application chaude (lumière bleue par exemple) suffit à réduire à 7 ou 8 centimètres en vingt minutes environ. Le malaise a débuté brusquement, le plus souvent au cours d'une digestion : il semble bien que le gonflement du foie a été aussi rapide que sa rétraction.

Le sub-ictère survient par crises comme l'ictère émotif.

Le caractère fugace, imprévu, désordonné de ces malaises les rend très pénibles au malade, surtout par l'impossibilité où ils le mettent de pouvoir compter sur l'instant qui va suivre. Pour les éviter il res-

treint chaque jour un peu plus son alimentation ; mais régimes et modificateurs du chimisme et de la motricité sont également impuissants à le soulager.

Le plus souvent alliée à l'hyperexcitabilité du système circulatoire, l'instabilité cardio-vasculaire, capitale, car elle ne fait jamais défaut chez ces malades, et constitue un des éléments les plus importants du diagnostic, se présente telle qu'on la rencontre chez les basedowiens, dans la névrose vasomotrice de Charcot. La tachycardie est habituelle, mais elle peut être minime au repos. Un effort léger, quelques respirations profondes, un geste, une parole imprévue la réveillent. Chez certains de nos malades, le simple fait de se déshabiller, de passer de la position couchée à la position assise suffisait à la faire apparaître. Le cœur est instable ; sous les mêmes influences, ou même sans cause apparente, on observe d'incessantes modifications du pouls dans sa fréquence et dans son amplitude. Compté, minute par minute, le nombre des pulsations ne fournit jamais deux fois de suite le même chiffre. Au cours de l'auscultation on perçoit parfois une série de battements rapides suivis d'une série plus lente, sans qu'il y ait, à proprement parler, arythmie.

La pression artérielle mesurée au manomètre ne montre pas une fixité plus grande. Ses variations, comme nous l'avons constaté après beaucoup d'autres expérimentateurs (Alquier, Sand, etc...) sont beaucoup plus considérables au cours d'un même

examen, qu'on pourrait le supposer a priori. On trouvera dans les observations qui vont suivre, des chiffres très caractéristiques à cet égard.

Il existe des crises vaso-motrices spontanées, caractérisées par des bouffées de chaleur avec rougeur de la face et sueurs. La peau est moite avec parfois tendance à l'acrocyanose. La recherche de la raie méningitique montre presque toujours une réaction anormale dans sa durée ou son étendue. Le passage d'une pointe mousse sur la peau, provoque une rougeur irrégulière, diffusante, plus ou moins largement auréolée de blanc ; parfois, comme dans l'observation (6) un dermographisme se produisant lentement et étonnamment persistant.

Il n'est pas nécessaire d'insister davantage sur ces signes. Répétons seulement pour eux ce que nous avons dit, plus haut, pour les symptômes dyspeptiques : ils sont essentiellement variables et se modifient d'un examen à l'autre.

Le tremblement qui ne fait défaut, dans presque aucune de nos observations, est le plus souvent : régulier, menu et rapide. Un certain nombre de fois nous l'avons vu remplacé par des séries de petites secousses musculaires, irrégulières, presque cloniques. Il peut manquer complètement.

L'examen des réflexes tendineux, les montre en général exagérés dans leur amplitude et surtout dans leur brusquerie, variables, avec des diffusions inattendues.

L'état mental est celui bien connu des basedowiens, dont le Pr. Potain disait : « L'un des principaux caractères de la maladie c'est le mauvais caractère du malade ! » Ce nervosisme bien particulier comporte trois caractéristique :

1° L'irritabilité extrême : pour des causes futiles, ce sont des bouderies, des impatiences, des colères, parfois furieuses ;

2° L'émotivité excessive : le moindre mouvement imprévu, le plus petit choc moral suffisant à déclencher la crise émotive avec ses manifestations cardiovasculaires, ses sueurs et son tremblement ;

3° L'angoisse, liée en partie aux sensations polymorphes dont la multiplicité et la variabilité, en déroutant le malade, lui font perdre la confiance en lui-même ; et due surtout, à notre avis, à l'état constitutionnel, l'anxiété n'étant, après tout, comme l'a dit Dupré, que la forme ultime de l'émotion pénible.

Ces trois éléments sont constants, on les trouve à divers degrés chez tous nos malades. Si le plus souvent, cet état est en somme compatible avec une mentalité normale, dans un certain nombre de cas, au contraire, nous avons trouvé un psychisme beaucoup plus atteint : scrupules, craintes obsédantes, idées funèbres (Obs. 2, 4, 18, 19) phobies graves (obs. 3, 17, 18) allant parfois jusqu'à l'hallucination (obs. 2, 18, 19).

Pour notre part, nous n'avons jamais observé de vésanies réelles, mais dans un mémoire antérieur, auquel nous faisons de nombreux emprunts, le D^r L.

Alquier relate un certain nombre de délires furieux avec idées de persécution, ou confusion mentale, ayant nécessité l'internement temporaire, et s'étant du reste, terminés par la guérison qui serait de règle en pareil cas. (Voir plus loin obs. 17, 20).

Des autres manifestations de la névrose végétative, nous ne dirons que quelques mots, car leur importance nous paraît moindre.

Les variations du rythme respiratoire ne font que traduire une fois de plus, l'instabilité, symptôme capital.

Les crises de polypnée, le grand soupir, signalés dans les travaux de MM. Eppinger, Hess, Grasset, Ramond, etc..., nous semblent relever, en grande partie, de la gêne diaphragmatique liée aux poussées de congestion du foie et à la distension gazeuse de l'estomac.

Du côté des glandes endocrines, les modifications des fonctions ovariennes, non douteuses dans certains cas, sont inconstantes. Le thyroïde, beaucoup plus souvent en cause, est le siège d'une hypertrophie tantôt permanente, tantôt transitoire, les poussées de gonflement alternant alors avec des phases de rétraction.

Dans le domaine sensoriel on note parfois de petits signes du côté des yeux ou des oreilles : anisocorie passagère, bourdonnements, etc....

Les observations suivantes, mieux que tout développement superflu, illustreront cet exposé clinique en le clôturant.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Homme de 26 ans.

A toujours été un peu nerveux, mais bien portant jusqu'à l'âge de 24 ans. En particulier a bien supporté les émotions et les fatigues de la guerre. Il y a 2 ans, grippe assez forte et traînante, mais sans complications graves pulmonaires ou autres. Depuis cette époque, présente des troubles tenaces de l'innervation végétative : crises de vaso-dilatation brusques, irrégulières, répétées, diurnes et nocturnes, s'accompagnant parfois de sudations abondantes, tantôt généralisées, tantôt localisées (visage, dos, extrémités). Bouffées de chaleur subites entraînant un état, vertigineux pénible avec parfois troubles légers de la vue. Crises de sialorrhée sans cause. Palpitations, tremblement intermittent. Les digestions qui, auparavant étaient normales, sont également troublées depuis cette époque.

Ce qui caractérise ces derniers malaises pour lesquels le malade consulte surtout, c'est leur variabilité extrême : intelligent et bon observateur (professeur de sciences dans un lycée de province), il insiste sur cette particularité et signale spontanément l'analogie qui existe entre les troubles digestifs et les autres. Pesanteur gastrique, malaises vagues et somnolences, alternent avec de véritables crises d'hyperchlorhydrie (pyrosis, crampes, fringales, etc...). Ces deux aspects se succèdent sans transition, coupés de périodes de bien-être survenant brusquement et cessant de même.

L'influence heureuse ou malheureuse exercée par les repas sur ces différents états est des plus inconstante. Les fonctions intestinales ne sont pas moins anarchiques.

A l'auscultation, le cœur est instable, la tension assez fixe (19 au Potain), l'estomac est un peu distendu par les gaz.

La recherche du dermatographisme donne une raie blanche de vaso-constriction. Le thyroïde est perceptible, de consistance un peu molle. Les réflexes tendineux sont vifs. L'examen ne révèle aucune autre particularité intéressante.

Traitement : Bile — soufre — pancréatine selon malaises ; applications de compresses salées fraîches sur le thyroïde et en cas de forte crise sur le creux épigastrique.

L'amélioration de l'état dyspeptique rapide et nette persiste pendant 5 mois. Au bout de ce temps, un choc émotif intense provoque une crise aiguë avec prédominance des symptômes vagotoniques, au cours de laquelle la recherche du réflexe oculo-cardiaque pratiqué à plusieurs reprises montra un ralentissement net du pouls (12 à 16 pulsations par minute). Dans le domaine digestif, on note seulement de l'aérophagie très marquée sans troubles capricieux nets.

Traitement : Hémato, sédatifs nervins.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Femme de 25 ans.

Ne présentant rien d'intéressant dans ses antécédents : il y a 3 ans grossesse normale sans troubles sympathiques particulièrement accusés. Depuis deux mois, sans cause apparente, présente les symptômes du basedowisme fruste : modification profonde du caractère, émotivité, idées angoissantes, crises d'excitation allant jusqu'aux pleurs et aux cris. Insomnie tenace, grosse instabilité cardio-vasculaire (pouls variant de 132 à 92 au cours d'un même examen, et contrastant avec la tension assez fixe à 18). Crises vaso-motrices intenses ; dermatographisme accusé. Tremblement menu et rapide, remplacé parfois par une série de petites secousses musculaires cloniques. Pas d'exophtalmie, légère anisocorie. Règles normales.

Le thyroïde non augmenté de volume semble de consistance un peu molle.

Dyspepsie capricieuse typique.

Traitement : Sédobrol, hémato (3 flacons).

Amélioration rapide de l'état dyspeptique, lente des autres symptômes. Quatre mois plus tard, une nouvelle grossesse provoque une recrudescence des divers troubles morbides, avec réapparition de l'instabilité digestive. Depuis l'accouchement qui remonte à six mois, celle-ci n'a plus été observée, bien que la malade ait présenté pendant plusieurs semaines des désordres psychiques graves, avec idées de mort et peur phobique du sang allant jusqu'aux hallucinations.

Dans son ensemble, l'état est actuellement très amélioré.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Femme de 27 ans.

Santé bonne depuis l'enfance, sauf léger nervosisme. Réglée à l'âge normal, toujours régulièrement.

Se marie : deux enfants bien portants, rien à signaler pendant les grossesses et les périodes d'allaitement. Cinq ans après la naissance du plus jeune, commence à devenir très nerveuse : peur du bruit, de la foule et aussi de la solitude. Ne peut plus sortir seule dans la rue. En même temps tremblement et sensations digestives bizarres et irrégulières.

Consulte pour la première fois en novembre 1917. Présente alors nettement le tableau de la névrose vaso-motrice (Basedowisme fruste) : frémissement menu des doigts, cœur rapide et irrégulier (105-92). Pression artérielle (au Potain) 20 au début de l'examen, 18 à la fin, crises vaso-motrices brusques avec bouffées de chaleur au visage. Le passage de l'ongle sur

la peau provoque une raie rouge intense, irrégulière et diffuse.

Les réflexes tendineux sont à peu près normaux. Le thyroïde est augmenté de volume, de consistance molle, flasque. Pas de signes oculaires. Le nervosisme est extrême ; la logorrhée intarissable. La malade se plaint de ne jamais digérer de la même façon : parfois très vite avec crises de diarrhée dès qu'elle vient à s'alimenter, parfois très lentement « le repas restant sur son estomac pendant des heures », et ne pouvant aller à la garde-robe pendant plusieurs jours.

Les phénomènes douloureux, l'appétit, présentent le même caractère variable. Elle dort mal, d'un sommeil agité. Elle aurait beaucoup maigri. A l'examen on ne note rien de particulier du côté des organes abdominaux, sauf l'état de spasticité du colon dans toute son étendue.

Traitement : Hémato-éthyrôidine (deux cuillerées à café par jour) cachets avec belladone, poudre de Dower, jusquiame et camphre monobromé. Applications de boues radio-actives desséchées sur le thyroïde.

Depuis cette date jusqu'à la fin de 1919, la malade a été suivie régulièrement. Sous l'influence du traitement qui a été repris plusieurs fois avec périodes de repos, l'amélioration a été obtenue progressivement. Elle ne s'est pas produite d'une façon parallèle pour les divers symptômes :

Le thyroïde a diminué rapidement de volume.

L'état mental ne s'est modifié que très lentement, le nervosisme est moindre, mais l'agoraphobie persiste entière. L'instabilité cardio-vasculaire a cédé dans une proportion notable avec petites périodes de recrudescence particulièrement en 1918, où, à la suite d'une grippe, on observe une forte instabilité cardiaque avec vaso-motricité diffuse, et tremblement surtout accusé au membre supérieur droit.

Au point de vue dyspeptique, les troubles gastro-intestinaux ont perdu le caractère anarchique. Ils consistent en lenteur habituelle des digestions avec parfois état nauséux et consti-

pation, dont le traitement ne présente pas d'intérêt. Les rares esquisses d'un retour à l'état capricieux ont cédé à la médication : Bile — soufre — pancréatine administrée aux repas, ou au moment même des malaises.

En octobre 1919, grippe assez forte avec bronchite, signes d'interlobite et infection hépato-vésiculaire nette (vésicule perceptible, douloureuse, avec péricholécystite et cellulite épigastrique, sub-ictère, fièvre).

Il persiste après la période aiguë une insuffisance hépatobiliaire légère (amaigrissement, prurit, frilosité, selles décolorées) avec grosses fermentations intestinales. Augmentation du nervosisme portant presque exclusivement sur l'état mental.

Revue en janvier 1920, la malade a perdu 6 kilogrammes en 3 mois. Tous les symptômes morbides sont revenus. La dyspepsie qui se complique maintenant d'aérophagie, défie à nouveau toute description par sa variabilité. Le lobe gauche du thyroïde est congestionné.

Traitement : opothérapie biliaire, digitale à petites doses (5 centigrammes de poudres de feuilles) stimulants de la nutrition (acide phosphorique) etc... puis hémato (2 flacons).

L'amélioration obtenue assez rapidement s'est maintenue. La dyspepsie capricieuse a seulement fait une apparition fugace et atténuée, à la suite d'un traitement arsenical pratiqué pendant les vacances.

Dans l'ensemble, l'état de la malade se résume ainsi à ce jour : Instabilité très diminuée dans tous ses domaines ; l'état mental laisse encore un peu à désirer ; toutefois, la logorrhée a disparu et la phobie est en voie de disparaître (la malade commence à sortir dans Paris sans être accompagnée).

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Homme de 41 ans.

Consulte pour des troubles dyspeptiques capricieux qui durent depuis des mois et n'ont cédé à aucun régime, à aucun médicament. Nerveux, impressionnable et coléreux, tendance aux idées funèbres, sans neurasthénie vraie. Tachyphage et sialophage, plutôt constipé. Présente en outre : un cœur instable passant de 90 à 112, suivant la position ou l'émotion ; des crises de vaso-dilatation brusques s'accompagnant de sueurs du visage, du dos et des mains ; un dermographisme intense et persistant.

Traitement : Bile, soufre, pancréatine au début des malaises. Hémato-éthyrôidine (2 cuillerées à café par jour).

On constate un mois plus tard : cœur toujours instable (90-104). Pression artérielle à peu près fixe à 21 (au Potain) ; dermographisme stationnaire, peau moite, par places, froide ailleurs. Se dit beaucoup moins nerveux, plus de sialophagie, digère bien, n'a plus d'idées noires.

OBSERVATION V

(Docteur L. Alquier)

Femme de 22 ans.

Basedow avec tremblement par crises. Grosses secousses agitant l'ensemble des membres, presque cloniques. Entre les crises, peu de chose. Thyroïde augmenté de volume, mou. Non gênant. Yeux brillants, un peu saillants. Quelques crises vasomotrices, surtout prémenstruelles, rougeur, chaleur et sueurs. Pression 17. Réaction vaso-motrice rapide, courte, pas trop diffuse. Pouls instable 88-102 pendant les crises. Emotive,

excitée, crises de larmes. Dyspepsie capricieuse ; mélange de fringales identiques à celles de l'hyperchlorhydrie avec brûlures, pyrosis, vomissements acides, et d'anorexie avec digestions lentes et pénibles ; de constipation et de lientérie, l'ensemble de ces symptômes variant constamment.

Rapide amélioration (l'hémato n'a pas été employée). L'instabilité cardiaque disparaît en même temps que les troubles vaso-moteurs et l'émotivité excessive. Pouls 80-83 à divers examens. Reste dyspepsie capricieuse qui finit par s'améliorer au bout de plusieurs mois.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Femme de 35 ans.

Insuffisance hépato-biliaire légère, avec prurit, fermentations gastro-intestinales, digestions en général lentes avec constipation entrecoupée de petites crises lientériques. Subjectère bucco-conjonctival. Signes toxiques généraux, crises d'œdème fugace, fatigabilité. Nombreuses nodosités de cellulite en divers points du corps, causant du rhumatisme musculaire avec par moments gonflement des synoviales.

Du côté génital, on note une rétroflexion utérine et un empâtement parfois douloureux de la région annexielle gauche, séquelle d'une blennorrhée ancienne avec grosse poussée de salpingite. Leucorrhée légère.

Nerveuse depuis l'enfance, émotive, impressionnable, nature très consciencieuse, scrupuleuse même au point de vue de ses devoirs. Très bien équilibrée cependant ; raisonne fort justement. Présente en outre de nombreux signes de basedowisme fruste : tremblement léger, crises vaso-motrices avec bouffées de chaleur, sudations brusques et abondantes apparaissant sous l'influence de l'émotion la plus légère.

Le cœur est instable (tachycardie variable, salves de batte-

ments rapides suivies de périodes de ralentissement) ; la pression artérielle (au Potain) varie de 19 à 22 au cours d'un même examen.

Le dermatographe est intense, la malade dit n'avoir jamais pu se décoller. Quand elle fait sa toilette, elle devient « rouge comme un homard cuit ». Le passage d'une pointe mousse sur la peau du thorax provoque les phénomènes suivants : raie rouge, d'abord bien limitée, apparaissant lentement, puis diffusant peu à peu d'une façon irrégulière (plage de 3 à 4 centimètres suivant les points) avec îlots à distance. Enfin la région de contact forme, 10 minutes après l'excitation, une saillie régulière tranchant par sa coloration plus pâle sur le fond rouge de la peau, et nettement perceptible au doigt. Ce aspect très lent à s'effacer persiste parfois, au dire de la malade, pendant plusieurs jours avant de disparaître complètement.

Le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume. Pas de signes oculaires. Tous les stigmates de l'hystérie font défaut.

En avril 1920 : coïncidant avec une période d'insuffisance hépato-biliaire plus marquée, une crise de rhumatisme chronique cervical (raideur des scalènes et des petits muscles profonds du côté droit, avec hypertrophie de l'apophyse transverse de la 3^e cervicale) donne lieu à des interprétations qui troublent beaucoup la malade (crainte de cancer).

La dyspepsie capricieuse apparaît avec ses caractères habituels. La malade qui s'observe bien, est surprise du polymorphisme de ses troubles dyspeptiques. Elle en est même honteuse, se faisant à elle-même un grief de ce qu'elle nomme « la folie de ses organes ». Elle n'est cependant à aucun moment phobique et le sujet de ses inquiétudes étant disparu, son moral est redevenu normal.

En dehors des symptômes déjà décrits, on trouve dans la région solaire, quelques nodules de cellulite superficiels (paroi abdominale) et profonds, qui nécessitent quelques séances de haute fréquence locale.

On prescrit en outre un traitement contre le rhumatisme cervical, contre l'insuffisance biliaire, et des calmants nervins. En quelques semaines la dyspepsie disparaît.

Depus cette époque, la malade a été revue plusieurs fois pour petits troubles hépatiques, rhumatismaux ou génitaux.

Elle n'a jamais plus présenté de symptômes gastro-intestinaux à caractère variable. L'instabilité cardio-vasculaire a été améliorée, mais le dermatographisme n'a jamais été modifié.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Femme de 50 ans.

Nerveuse depuis l'enfance, caractère inquiet, scrupuleux, se créant perpétuellement des sujets de crainte. Exagération encore de cet état depuis le mariage qui remonte à 6 ans.

Consulte pour la première fois en mars. On constate : cœur instable, crises vaso-motrices spontanées ; ébauche de tremblement intermittent ; le visage est coloré, les mains moites. Le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume. La malade se plaint d'avoir beaucoup maigri, et surtout de *troubles dyspeptiques capricieux*. Elle est en outre aérophage : l'estomac est distendu par les gaz ; le foie plutôt petit. Léger météorisme intestinal. Réflexes tendineux normaux.

Voici, pris au hasard sur une période de 5 mois, un certain nombre d'aspects cliniques.

Avril : moins maigre. Colon atone avec constipation, lobe gauche du foie congestionné causant une gêne angoissante avec sensations de striction à la gorge. Pas de sub-ictère. Digestions très troublées, absolument anarchiques : Appétit irrégulier, succession de signes d'hyper et d'hypopepsie. Impossibilité absolue d'établir un rapport chronologique entre ces divers symptômes et les repas.

Mai : nervosisme moins marqué au point de vue mental, mais, tremblement, réflexes un peu vifs, colon spastique avec tendance à la diarrhée, signes d'excitation stomacale. Cœur à 92. Pression artérielle 17.

Début juillet :

Depuis quelques jours anorexie, gonflement abdominal, langue sale, gêne vague après les repas avec somnolence et bouffées de chaleur. Colon spastique dans sa moitié gauche. Constipation. Foie petit. Catarrhe rhino-pharyngé. Recomence à maigrir. Cœur un peu instable, pression variant de 16 à 18 au cours de l'examen.

Fin juillet : crise de diarrhée, estomac clapotant, foie un peu congestif. L'appareil cardio-vasculaire semble plus stable.

Août : digère bien, selles quotidiennes. L'examen de l'appareil digestif ne montre absolument rien d'anormal. En revanche le cœur est à nouveau très instable : (92-104 puis 84 à quelques minutes d'intervalle) et les crises vaso-motrices fréquentes.

Traitement institué : Dragées de bile-soufre-pancréatine ; prise à chaque malaise digestif, associées aux calmants du système nerveux végétatif dans les périodes de grande instabilité et au traitement de l'aérophagie pendant le premier mois.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif repose avant tout sur le caractère capricieux des symptômes gastro-intestinaux associés à l'instabilité cardio-vasculaire. Accessoirement l'état mental du sujet, le tremblement et les autres signes de moindre importance énumérés à la fin du chapitre précédent en confirmant le dérèglement du système nerveux végétatif, apportent de nouveaux arguments en faveur de l'origine névrosique de la dyspepsie.

Dès le premier examen, les renseignements fournis par le malade peuvent mettre sur la voie de la vérité. On est souvent frappé, dès ce premier contact, par la difficulté avec laquelle il explique son état. En essayant de dépister les signes cardinaux des diverses affections digestives, on s'aperçoit rapidement qu'il est à peu près impossible d'obtenir de lui une réponse précise. Il comprend bien la question, connaît le symptôme dont on lui parle, pour l'avoir éprouvé, mais ne peut dire ni le moment exact ni la fréquence de son apparition ; tout lui paraît variable. Le plus souvent il termine même en décrivant le symptôme absolument opposé, l'un et l'autre sur-

venant indifféremment selon lui ; exactement dans les mêmes conditions (1).

Au milieu de ces renseignements vagues et contradictoires, on arrive seulement avec un peu de patience, à savoir que les multiples variations auxquelles le malade fait allusion, loin d'apparaître à des périodes de quelque durée, séparées par des intervalles plus ou moins longs, sont observés dans une même journée, parfois d'un moment à l'autre.

Dans le domaine thérapeutique on aboutit à la même imprécision. Telle médication, a, selon les jours, amélioré ou aggravé les malaises. Cet échec des traitements et des régimes antérieurement mis en œuvre, la preuve en est fournie par un volumineux paquet d'ordonnances, véritable dossier où parfois on pourra lire entre les lignes toute l'histoire de la maladie avec les différents aspects sous lesquels s'est cachée la névrose.

L'absence de faits objectifs graves (hématémèse, melæna) parfois la connaissance d'une hérédité ou d'antécédents névropathiques venant s'ajouter à l'impossibilité absolue où l'on se trouve de porter un diagnostic ferme, conduisent fatalement à chercher du côté du système nerveux végétatif.

Changeant alors de tactique, si l'on reprend l'interrogation, en négligeant cette fois les signes pris

(1) La complexité de la description et l'illogisme apparent des faits énumérés par le malade, ne doivent pas, à notre avis, surtout associés à l'instabilité cardio-vasculaire, être interprétés, a priori, comme les preuves d'un état purement psychique justiciable uniquement de la rééducation mentale.

isolément, pour s'enquérir de leur allure générale, de leurs circonstances d'apparition et de disparition, de leurs rapports avec les petits chocs émotifs, de l'existence des troubles vaso-moteurs, en un mot, si on trace prudemment le tableau du syndrome capricieux, on assiste à un changement radical : sans aucune hésitation, cette fois, le malade dont l'entourage confirme les dires, certifie qu'il s'agit bien là des malaises qu'il éprouve. Il multiplie les approbations, achève les phrases commencées, va au-devant des questions, révèle des faits nouveaux sous une forme maintenant bien caractéristique, s'étonnant qu'on ait pu si bien deviner des nuances que lui-même éprouvait tant de peine à rendre.

Dès ce moment on tient sa confiance, ce qui est un premier résultat ; le contraste entre ces deux phases de l'interrogatoire, est tellement net, tellement typique qu'il mérite vraiment d'être souligné.

Si à ce moment, il est donné au médecin de pouvoir assister à la crise émotive, et de saisir sur le vif l'instabilité cardio-vasculaire accompagnée ou non du tremblement, il ne lui restera plus, pour poser son diagnostic avec une quasi certitude, qu'à s'assurer par un examen objectif détaillé de l'absence de toute lésion organique susceptible de créer à elle seule un syndrome dyspeptique. Cet examen lui fournira des renseignements de première importance (signes d'auscultation cardiaque, réactions cutanées, parfois gonflement thyroïdien, etc...). A moins qu'il

ne montre une des causes locales d'irritation solaire dont nous parlerons plus loin, il sera négatif du côté de l'appareil digestif ou ne révélera que de petits faits (spasme intestinal, léger clapotage) associés souvent d'une façon paradoxale.

Ces résultats seront confirmés par les examens suivants et le traitement s'adressant au dérèglement nerveux achèvera, en bien des cas, de démontrer l'exactitude du jugement porté.

Il existe cependant des cas où les choses sont moins simples, où le tableau clinique présente une certaine fixité et simule provisoirement un syndrome dyspeptique banal.

C'est chez ces malades que l'on peut être appelé à faire le diagnostic erroné de dyspepsie atone, d'hyperchlorhydrie avec ou sans stase et hypersécrétion, voire même d'ulcus ou de cancer. Chez d'autres, les symptômes intestinaux ou hépatiques dominant, on pensera à la colite muco-membraneuse, à l'appendicite, à la lithiase biliaire.

Un interrogatoire serré, des examens répétés, à quelques jours de distance (l'instabilité circulatoire restant le grand guide) auront vite fait de lever la difficulté.

D'une façon générale, à de rares variations près, la fixité des symptômes reste la caractéristique des affections organiques : l'apparition des phénomènes douloureux aux mêmes heures, leurs rapports avec les repas et avec la nature des aliments ingérés, l'or-

dre régulier dans lequel les divers symptômes se succèdent, autant de faits qui ne prêtent guère à confusion. La constatation d'une vésicule douloureuse, d'une tuméfaction ou d'une dilatation gastrique permanentes, l'apparition d'une hématomèse ou d'un *melæna*, l'expulsion d'un calcul, lèveraient évidemment tous les doutes.

Les crises d'aérophagie, seront facilement dépis-tées grâce à la distension gazeuse de l'estomac, aux éructations en séries, au météorisme qui la traduisent. La gêne cardiaque, les réflexes sympathiques qui l'accompagnent ne suffiront pas à égarer le clinicien. Il faut d'ailleurs se souvenir qu'on la rencontre souvent accompagnant la dyspepsie capricieuse.

L'appendicite chronique et la colite muco-membraneuse sont d'une différenciation plus délicate ; or, dans la première, outre l'existence fréquente de poussées sub-aiguës pendant lesquelles le diagnostic est facile, on trouve toujours, au niveau de la fosse iliaque droite, des signes persistants (empâtement profond, point douloureux, fixe, décelable à la pression, légère contracture de la paroi), qui signalent la lésion.

Dans la seconde (réactions coliques de Mathieu) on observe bien des troubles dyspeptiques irréguliers, accompagnés de crises vaso-motrices bouffées de chaleur, sueurs, etc.), mais un certain nombre de symptômes sont pathognomoniques : la préexistence des troubles intestinaux, la permanence du spasme colique, l'allure particulière des débâcles diarrhéi-

ques et l'aspect tout à fait spécial des selles, enfin le fait que les troubles gastriques sont en quelque sorte calqués sur les troubles coliques, les premiers disparaissant dès qu'on fait cesser le spasme et qu'on vide l'intestin.

En faisant le diagnostic des lésions des organes extra-digestifs et en étudiant leurs variations, on éliminera de la même façon les dyspepsies symptomatiques qui n'en sont que le simple reflet.

Ici se place une remarque importante : Il est bien évident que dans toute dyspepsie le système nerveux végétatif entre plus ou moins en jeu, et qu'il lui suffira, sous l'influence de la lésion causale d'un degré même minime d'excitation, pour venir compliquer par ses réflexes le tableau clinique de la maladie. Des troubles irréguliers et fugaces viendront alors assaillir le malade, qui les faisant souvent passer au premier plan attirera sur eux l'attention de son médecin.

Cependant derrière cette façade qui n'apparaît du reste qu'à l'occasion de leur entrée en scène, il restera toujours un noyau de symptômes fixes, et c'est lui qui ne nous permettra jamais de porter le diagnostic de névrose ou de névrose seulement.

Abordons maintenant, les autres maladies du système nerveux, arrivons aux manifestations dyspeptiques de l'hystérie et de la neurasthénie. Pour la seconde de ces deux névroses, le diagnostic différentiel ne présente pas de difficultés. Un certain nombre de nos malades (obs. 4, 18) se présentent bien

comme des déprimés, anxieux et obsédés, en proie aux préoccupations hypocondriaques pour lesquels on ferait volontiers le diagnostic de la neurasthénie.

Mais ce qu'on observe d'ordinaire en pareil cas, ce sont des troubles tenaces, une atonie gastro-intestinale persistante, qui n'a rien de commun avec les troubles capricieux qui nous occupent.

En présence de ces symptômes, l'hypothèse de l'hystérie se présente au contraire à l'esprit, et beaucoup se contentent encore de cette vague étiquette. On a du reste signalé dans la vago-tonie, l'anesthésie pharyngo-laryngée, mais on ne songe plus à rapprocher ce signe de l'hystérie non plus que tant d'autres (boule épigastrique, etc...) rattachés depuis longtemps à la constitution émotive. Il est bien certain qu'il suffirait d'expliquer à un hystérique les symptômes que nous avons énumérés pour qu'il les reproduise dans leur ensemble, mais l'erreur qui en résulterait ne pourrait se produire que dans des conditions exceptionnelles.

Au surplus, le diagnostic se fait sur l'état mental : nos malades sont des émotifs, des anxieux, des phobiques, mais rien ne rappelle chez eux le caractère hystérique avec sa tendance à la simulation.

Une dernière remarque s'impose : Pas plus que dans les névroses en général, on ne doit s'attendre à trouver ici un cadre absolument défini, il existe, au contraire, de nombreuses transitions avec d'autres états morbides, et l'association est fréquente entre la

dyspépsie capricieuse et d'autres syndromes gastro-intestinaux.

Dans les observations suivantes, à côté de troubles digestifs qui n'ont avec elle qu'une ressemblance apparente, nous en trouverons d'autres où les deux affections coexistent ou alternent.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Jeune fille de 24 ans.

Malade atteinte de basedowisme fruste sans gonflement du thyroïde ; présentant en outre des antécédents lithiasiques certains (plusieurs coliques hépatiques bien caractérisées).

Etat dyspeptique atténué, mais à peu près constant : légère hyperchlorhydrie avec colon spastique et constipation. Tachyphagie. Phénomènes vaso-moteurs post-prandiaux très marqués. Foie gros, région vésiculaire toujours un peu douloureuse. Anémie légère. Nous avons constaté à plusieurs reprises chez cette malade des crises de diarrhée plus ou moins violentes avec exacerbation de la gastralgie et gros troubles sympathiques : pâleur, sueurs froides, augmentation du tremblement, sensations subjectives bizarres et polymorphes.

Chaque crise correspondait à une poussée congestive du foie avec distension vésiculaire.

CONCLUSION :

Poussées de congestion hépatique avec distension vésiculaire, accompagnées de gros troubles sympathiques. Pas de dyspépsie capricieuse.

OBSERVATION IX

(Docteur Alquier)

Femme de 36 ans.

Depuis des années troubles intestinaux (coliques, constipation alternant avec crises de diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite). Opérée il y a 5 ans pour salpingite : ovariectomie double et appendicectomie. Depuis cette époque, nervosisme et troubles vaso-moteurs, cœur instable, tendance au tremblement.

Troubles dyspeptiques consistant principalement en lenteur de digestions, pesanteurs après les repas s'accompagnant d'oppression, de palpitations, de bouffées de chaleur ou de tendance au sommeil. Plus rarement : brûlures et crampes. L'examen montre un estomac et une vésicule normaux. Le colon ascendant et la moitié droite du transverse sont contracturés. Les symptômes intestinaux antérieurs à l'opération et à l'état dyspeptique persistent d'ailleurs.

La dyspepsie est améliorée par les laxatifs légers, et disparaît dès que la diarrhée cesse. Les médicaments nervins restent au contraire sans action sur elle.

CONCLUSION :

Colite chronique avec dyspepsie réflexe chez une instable vaso-motrice. Pas de dyspepsie capricieuse.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Femme de 41 ans.

Ovariectomisée à l'âge de 38 ans, présentant depuis cette époque des troubles basedowiens : instabilité cardiaque avec tachycardie, tremblement menu et rapide, nervosisme, bouf-

fées de chaleur, dermographisme diffusant, thyroïde perceptible et mou, yeux brillants sans exophtalmie.

Légère rétention chlorurée, reins petits et durs, douloureux dans les périodes congestives avec oligurie et œdèmes. Péri-méto-vaginite avec leucorrhée et incontinence vésicale.

Aérophage et tachypage, cette malade est naturellement une dyspeptique habituelle. Les troubles sympathiques post-prandiaux sont particulièrement accusés et pénibles chez elle. Chaque poussée du côté des reins ou des organes génitaux s'accompagne d'une recrudescence des troubles digestifs (encore augmentés et modifiés par le nervosisme), cependant jamais nous n'avons noté chez elle la dyspepsie capricieuse réelle et le traitement de la cause (tachypagie, congestion rénale ou pelvienne suivant le cas) a toujours amélioré sensiblement l'état dyspeptique.

CONCLUSION :

Mélange de dyspepsie réflexe et d'aérophagie chez une malade atteinte de névrose vaso-motrice. Pas de dyspepsie capricieuse.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Femme de 41 ans

Depuis 13 ans, date de la naissance de son second enfant, et surtout depuis une grippe à forme intestinale remontant à 8 années, présente des troubles dyspeptiques caractérisés par : la lenteur des digestions avec lourdeurs, flatulences, étourdissement, céphalée, malaise général après les repas ; le sommeil est troublé, surtout dans la deuxième moitié de la nuit (cauchemar) avec sensation de courbature profonde au réveil.

L'appétit est resté bon, pas de constipation, mais de temps en temps petites débâcles diarrhéiques, selles ordinairement très fétides ; tendance à l'apathie et à la tristesse (idées noires). Le faciès est terreux, la nutrition nettement troublée. L'estomac est distendu et clapotant. Il existe du météorisme intestinal avec distension du colon, principalement dans la région cœcale, et un certain degré de ptose. Le foie est un peu gros, insuffisant (selles décolorées parfois), la vésicule non perceptible.

En somme il s'agit d'une dyspepsie gastro-intestinale atone avec fermentations et intoxication digestive améliorée assez facilement par le régime, la désinfection intestinale, etc...

Cette malade a présenté en 1916, coïncidant avec des troubles de menstruation et un gonflement appréciable du thyroïde, toute une série de symptômes basedowiens (éclat du regard, tremblement, vaso-motricité troublée, instabilité cardio-vasculaire, etc.). A cette époque toute la gamme des phénomènes sympathiques et le nervosisme mental sont venus s'ajouter aux symptômes dyspeptiques déjà existants, formant un aspect clinique assez complexe et irrégulier.

Cependant à chaque recrudescence des malaises digestifs correspondait une variation des signes objectifs habituels, constatée antérieurement (augmentation du météorisme, poussée d'infection intestinale ou de congestion du foie, écart de régime, etc.) et le traitement dirigé en ce sens fut toujours suivi d'amélioration. A aucun moment la dyspepsie capricieuse vraie ne fut observée.

CONCLUSION :

Dyspepsie atone avec intoxication hépato-digestive chez une malade atteinte de basedowisme fruste. Pas de dyspepsie capricieuse.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

Femme de 39 ans.

Ayant subi à 21 ans l'ovariotomie double pour des raisons mal définies. Depuis cette époque présente des troubles nerveux très accusés : tachycardie avec crises de palpitations, bouffées de chaleur, crises vaso-motrices avec sueurs, tremblement. Modifications profondes du caractère ; sautes d'humeur, tristesses sans causes, irritabilité. Le regard est brillant sans exophtalmie. Le corps thyroïde un peu augmenté de volume.

La malade se plaint en outre de troubles dyspeptiques consistant en lenteur des digestions avec pesanteur épigastrique, malaises indéfinissables survenant presque aussitôt après les repas et se prolongeant pendant plusieurs heures. Plus rarement douleurs véritables : crampes, tiraillements, brûlures avec ou sans régurgitations acides. Ces divers signes s'accompagnent d'une recrudescence des troubles sympathiques : bouffées de chaleur, rougeurs marbrées du visage, palpitations, fourmillements, etc... Cet aspect déjà complexe est encore compliqué par toute une série de circonstances : Suivant la nature des aliments ingérés, suivant que la malade s'étend ou reste debout après les repas, suivant qu'elle met un corset ou non, les digestions se font d'une façon différente. La constipation est habituelle, coupée parfois de débâcles diarrhéiques avec muco-membranes.

A l'examen on trouve une ptose de tous les organes abdominaux. Le fond de l'estomac clapote à 3 travers au-dessous de l'ombilic. Le colon est en M majuscule, l'angle droit est nettement abaissé. Les reins sont également ptosés ; le foie déborde le rebord costal. L'épreuve de Glénard est positive aux deux temps.

Le port d'une ceinture hypogastrique et l'emploi de quelques adjuvants purement symptomatiques (alcalins, laxa-

tifs doux) suffisent à faire disparaître à peu près complètement les troubles digestifs.

Un an plus tard, crise de sialorrhée avec aérophagie intense ; la malade présente, à nouveau des digestions irrégulières avec le cortège habituel des symptômes secondaires à la distension gazeuse de l'estomac (palpitations, lipothymies, angoisses, etc.). Cette fois encore le traitement de l'aérophagie suffit à rétablir la régularité digestive.

CONCLUSION :

Dyspepsie gastro-intestinale compliquée d'aérophagie et de sialophagie chez une nerveuse instable atteinte de ptoses et d'insuffisance hépato-biliaire légère. Pas de dyspepsie capricieuse.

OBSERVATION XIII

(Personnelle)

Femme de 48 ans

Depuis l'enfance, migraines fréquentes durant en moyenne 12 heures, survenant principalement au moment des règles et s'accompagnant de vomissements à caractère cérébral et de débâcles diarrhéiques. Dans l'intervalle de ces crises, digestions à peu près normales, mais constipation habituelle.

Présente en outre depuis un an environ des signes de Basedowisme fruste : gonflement du thyroïde, nervosisme, tachycardie sans instabilité, bouffées de chaleur avec sueurs brusques, tremblement, pas de signes oculaires. Les règles assez abondantes commencent à devenir irrégulières. Au point de vue digestif les digestions restent bonnes, mais les migraines sont plus fréquentes, la malade présente enfin des crises de diarrhée émotive.

Un an plus tard la malade est en pleine ménopause, la né-

vrôse vaso-motrice qui n'a pas cédé au traitement par l'hémostase persiste inchangée. Les migraines sont un peu moins nombreuses, il existe en revanche parfois des crises d'épigastralgie survenant brusquement, s'accompagnant de vomissements et de diarrhée séreuse. Pendant ces crises, dont la durée est de quelques heures, la céphalée est légère ou manque même complètement, la terminaison se fait progressivement.

L'examen ne révèle ni tabès, ni lésion locale ou de voisinage capable d'expliquer ces crises qui sont évidemment à rapprocher des migraines proprement dites.

CONCLUSION

Crises gastriques migraineuses chez une malade atteinte de basedowisme fruste. Pas de dyspepsie ca-
pricieuse.

OBSERVATION XIV

(Personnelle).

Jeune fille de 23 ans.

Appartenant à une famille atteinte de tares nerveuses graves. Mère morte dans une maison d'aliénés; sœur âgée de 19 ans déséquilibrée mentale.

Ne présentant pas elle-même de signes d'aliénation, mais caractère anormal et bizarre : complètement amoral, se donnant dans des moments d'impulsion érotique au premier venu. Aucun stigmate d'hystérie, mais névrose vaso-motrice nette : Tachycardie avec instabilité cardio vasculaire, tremblement menu par crises, plaques de vaso-dilatation cutanées, réaction vaso-motrice avec auréole irrégulière diffusante. Les règles sont peu abondantes et pâles. Le corps thyroïde est normal. Le foie, augmenté de volume ; sensible à la pression déborde

les fausses-côtes d'un travers de doigt sur la ligne mamelonnaire.

Dyspepsie capricieuse typique.

L'ensemble de ces symptômes semble exister depuis des années, mais avoir beaucoup augmenté depuis trois mois. Les troubles dyspeptiques dans leurs manifestations actuelles sont récents. L'état général est mauvais, l'amaigrissement certain, le teint pâle, les muqueuses nettement anémiques.

Traitement : Toniques et stimulants de la nutrition; mélange bile-soufre-pancréatine; à chaque malaise digestif.

L'amélioration de l'état général assez facilement obtenue, entraîne avec elle une atténuation des symptômes basedowiens. La dyspepsie capricieuse disparaît complètement. Elle est remplacée par une simple lenteur des digestions liées au fonctionnement défectueux du foie qui reste gros et congestif.

CONCLUSION :

Dyspepsie capricieuse fugace chez une dégénérée mentale atteinte de névrose vaso-motrice. Persistance de troubles dyspeptiques par insuffisance hépato-biliaire:

OBSERVATION XV

(Personnelle)

Jeune fille de 25 ans.

Infantilisme physique et mental : Intelligence assez vive, mais alliée à une grande puérilité ; caractère bizarre peu social, sauvage et renfermé. L'irritabilité et l'émotivité sont intenses ; les sautes d'humeur brusques sans cause apparente, les bouderies prolongées, fréquentes. Gracilité extraordinaire, corps frêle, squelette grêle, membres peu développés et courts sans malformations véritables.

Névrose vaso-motrice nette : Tachycardie, cœur instable (120-130), crises vaso-motrices, dermographisme lent, persistant et diffusant. Pas de tremblement ; thyroïde normal. Gros troubles ovariens : les règles généralement hémorragiques manquent au contraire quelquefois pendant des mois. L'utérus est minuscule. Outre la tachyphagie, on note du côté des fonctions digestives, une insuffisance hépato-biliaire légère remontant à l'enfance ; et la distension permanente du colon (presque mégacolon).

Les poussées de sub-ictère avec fermentations intestinales, s'accompagnant toujours des mêmes troubles dyspeptiques (inappétence, état nauséux, somnolence, fétidité des selles) sont assez fréquentes et bien connues de l'entourage qui établit nettement la distinction entre ces périodes et celles (durant parfois plusieurs jours) où la malade à la suite d'une contrariété parfois futile, d'une émotion ou d'une lubie inexplicable affecte le dégoût des aliments, refuse de manger et vomit même ce qu'on arrive à lui faire ingérer.

A la suite d'une aménorrhée prolongée, coïncidant avec la recrudescence des symptômes de névrose vaso-motrice, cette malade a présenté pendant quelques semaines de la dyspepsie capricieuse très nette qui a cédé au traitement par l'héματο.

CONCLUSION :

Alternance chez une arriérée tachyphage atteinte d'instabilité vaso-motrice, de troubles dyspeptiques par insuffisance hépato-biliaire avec fermentations et d'anorexie mentale. Dyspepsie capricieuse fugace.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Femme de 42 ans.

A présenté pendant des années des troubles dyspeptiques et mentaux à allure neurasthénique : lenteur digestive, pesanteurs sans douleurs véritables, estomac clapotant au-dessous des limites normales, météorisme abdominal avec tendance à la constipation, sub-ictère intermittent. Céphalée, tendance à l'amnésie, insomnies, courbature au réveil, dépression morale, lassitude, tristesse, idées noires. Traitée alors par les toniques, les stimulants, associés à des règles hygiéniques sévères.

Brusquement, il y a 3 ans, apparition de signes de basedowisme; gonflement du lobe médian du thyroïde, éréthisme cardiaque avec instabilité, pouls 120-150, tremblement menu des doigts, dermatographe irrégulier et diffusant, éclat du regard. En même temps l'atonie gastro-intestinale fit place à des troubles extrêmement variables avec prédominance de signes d'excitation des fonctions digestives. Nous avons assisté à cette époque, sans causes décelables, à toute une série de poussées congestives des reins, du foie et de l'utérus.

L'ensemble de ces symptômes y compris la dyspepsie a été rapidement amélioré par le traitement de l'hyperthyroïdie (principalement par l'hémato).

Il y a six mois, à la suite d'une grosse poussée congestive utéro-annexielle gauche avec troubles de la menstruation, cette malade présenta un gonflement très net des ganglions épigastriques péri-aortiques. A cette occasion, la dyspepsie capricieuse fit sa réapparition ; le traitement (d'Arsonvalisation locale) ayant fait disparaître la tuméfaction ganglionnaire, amena également la disparition de la dyspepsie qui n'a jamais plus été observée depuis cette date.

CONCLUSION :

Dyspepsie capricieuse succédant à l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Guérison suivie de réapparition à l'occasion d'une irritation localisée du plexus solaire.

Se reporter en outre aux observations suivantes :
N° 3, 6, 25, 26.

CONDITIONS D'APPARITION ET PATHOGÉNIE

Dans quelles conditions se présente la dyspepsie capricieuse, et quel est le mécanisme pathogénique qui préside à ses manifestations ?

Cette double question est bien difficile à résoudre, car elle comporte une série d'inconnues que l'état actuel de la science ne nous permet pas de trancher. Nous allons donc l'envisager surtout du point de vue clinique, en nous contentant de souligner au passage les problèmes d'ordre théorique soulevés par les faits d'observation.

Un point est certain, c'est qu'elle apparaît sur un terrain spécial, constitué par la névrose vaso-motrice de Charcot, c'est-à-dire sur un état de dérèglement du système nerveux de la vie végétative, particulièrement bien étudié au cours des dernières années à la faveur des notions de vago et de sympathicotomie sur lesquelles nous aurons à revenir dans le courant de ce chapitre. Charcot avait constaté que cette névrose constitue le fond sur lequel se développe la maladie de Basedow.

De fait, tous nos malades ont une analogie frap-

pante avec les Basedowiens. Est-ce à dire que la dyspepsie capricieuse ne soit qu'un des symptômes de la maladie de Basedow ? Nous ne le pensons pas.

Dans un travail sur cette question, auquel nous avons fait allusion plus haut (1), le D^r L. Alquier publie 50 observations de malades présentant des troubles de la série basedowienne, allant du Basedow vrai avec goître et exophtalmie, à la simple crise vasomotrice avec tachycardie, et il pose la question : Où commence et où finit la maladie de Basedow ? Sur ces 50 observations la dyspepsie capricieuse plus ou moins durable est notée dans les 2/3 des cas environ.

Dans les nouvelles observations que nous apportons, le gonflement thyroïdien se présente 4 fois (obs. 2, 3, 16, 26), les signes oculaires, 1 seule fois (obs. 16), le reste du temps ces symptômes font défaut. En revanche, dans 6 cas où la dyspepsie capricieuse n'existait pas, nous trouvons trois fois le syndrome de Basedow au complet (obs. 10, 11, 12). Une fois nous avons vu la dyspepsie précéder de 18 mois l'apparition de tous les autres signes du Basedowisme et disparaître quand le syndrome clinique fut entièrement constitué (obs. 26).

M. Stern a essayé de créer une distinction entre le basedowisme et le tempérament basedowoïde caractérisé par des troubles cardio-vasculaires et nerveux, n'évoluant jamais vers le Basedow vrai avec ses si-

(1) L. ALQUIER. — Basedowisme ou névrose vaso-motrice, *Revue Neurologique*, mars 1914.

gnes thyroïdiens. Cette distinction contredite par les faits n'a pu être maintenue, on en est venu, au contraire, à considérer les malades présentant le soi-disant tempérament basedowoïde, comme des prédisposés au goître exophtalmique. S'il en est ainsi, nous dirons que c'est justement chez ces prédisposés, Basedowiens déclarés ou non, qu'apparaît la dyspepsie capricieuse, mais il semble bien que la sagesse est de s'en tenir cliniquement à la conception de Charcot.

La névrose vaso-motrice se rencontrant fréquemment dans la chlorose, il est vraisemblable que la dyspepsie s'y trouve assez souvent. Nous n'en avons pas d'exemple.

Nous la connaissons, au contraire, chez certains tuberculeux (forme dite éréthique), dont nous donnons plus loin une observation) dans les amaigrissements rapides (obs. 7).

Elle existe aussi chez les mentaux anxieux.

Mais il est un point sur lequel il est nécessaire d'insister : c'est son apparition fréquente chez la femme, à l'occasion des divers épisodes de la vie génitale. A la puberté, au cours des troubles menstruels (obs. 22, 23, 24) avec lesquels elle affecte parfois un parallélisme étroit (obs. 15), au moment de la ménopause (obs. 21). Le dérèglement de l'innervation végétative qui suit la castration est bien connu des chirurgiens : nervosisme spécial, angoisse, bouffées de chaleur, palpitations ne sont pas seuls à le traduire, les troubles dyspeptiques leur sont assez souvent associés. Est-il nécessaire de rappeler enfin les « phénomènes

sympathiques » de la grossesse, les troubles vaso-moteurs, les perturbations du goût et de l'appétit, les irrégularités déroutantes des fonctions digestives chez la femme enceinte.

Les affections auxquelles la névrose, avec ses manifestations gastro-intestinales anarchiques, est susceptible de venir se superposer sont très nombreuses. Nous l'avons vue, en particulier dans les observations précédentes, compliquant toutes sortes d'états dyspeptiques qui, masqués un moment par elle, reparaissent, le plus souvent inchangés quand sa régression est obtenue.

Et ceci nous amène à conclure que seuls les sujets atteints à un moment donné de leur existence de névrose végétative, présentent, à cette occasion, le tableau de la dyspepsie capricieuse. Cette condition nécessaire, n'est cependant pas suffisante, car dans bien des cas, les signes digestifs peuvent manquer au même titre que les autres symptômes : gonflement du thyroïde, tremblement, désordres mentaux, etc...

Si maintenant, renseignés sur les conditions cliniques dans lesquelles la dyspepsie capricieuse se présente, nous voulons aller plus avant dans la connaissance de son étiologie et de sa pathogénie, nous comprenons qu'il nous faudra, en premier lieu, étudier les facteurs créant la névrose. Ce n'est qu'ensuite que nous pourrons étudier le mécanisme de sa localisation sur le tube digestif.

Et d'abord existe-t-il une seule forme ou plusieurs du dérèglement végétatif ?

Se basant sur les résultats de la méthode pharmacodynamique qui a tant contribué, entre leurs mains, à préciser la physiologie des deux grands systèmes présidant aux actes de la vie végétative, MM. Eppinger et Hess ont cru pouvoir établir une opposition entre les sujets présentant une hypertonie du vague et ceux présentant une hypertonie du sympathique. Cette distinction facile à préciser par les épreuves à la pilocarpine, à l'atropine et à l'adrénaline, se serait retrouvée en pathologie, les malades réagissant différemment à une même cause morbide suivant qu'ils seraient hypervagotoniques ou hypersympathicotoniques. Cette notion qui aurait pu fournir à la clinique des indications précieuses pour le diagnostic et le traitement, n'a pu malheureusement être conservée. Ce qu'on observe en pratique (MM. Eppinger et Hess l'ont eux-mêmes reconnu par la suite), c'est un mélange des deux hypertonies, avec tout au plus prédominance de l'une d'elles.

Dans nos observations nous n'avons rencontré qu'une seule fois, d'une façon un peu durable, les signes de vagotonie (obs. I). Dans cet unique cas, la recherche du reflexe oculo-cardiaque nous a montré à plusieurs reprises un ralentissement net du cœur. Dans tous les autres cas ses résultats nous ont paru inconstants.

Ceci dit, revenons à l'étude des causes du dérèglement végétatif. L'hérédité a souvent été incriminée ;

nous la rencontrons similaire dans les observations 19 et 20, névropathique dans l'observation 15. Un certain nombre de fois il existe simplement des tares diverses : alcoolisme, tuberculose (obs. 26, 28) souvent on ne trouve rien d'autre qu'une vague nervosité familiale.

Dans un certain nombre de cas, l'apparition de la névrose a semblé succéder au surmenage, à des chocs moraux (obs. 6, 20, 23, 24) à une maladie infectieuse.

Les intoxications exogènes, facteurs de premier plan dans un si grand nombre de maladies nerveuses, doivent évidemment jouer ici un rôle au moins adjuvant, mais beaucoup plus grande est l'importance que l'on attache généralement à l'auto-intoxication. Avec son étude nous entrons dans la pathogénie proprement dite.

Des recherches récentes (1) ont montré qu'à la faveur de petites érosions siégeant sur la muqueuse, divers poisons introduits dans le tube digestif pouvaient imprégner de proche en proche, les filets nerveux des plexus, et en particulier les ramifications terminales du pneumogastrique.

D'autre part, Granham Brown aurait isolé parmi les multiples toxines intestinales d'origine digestive, une amine douée de propriétés excitantes pour le système sympathique.

Evidemment, les résultats de ces intéressants tra-

(1) LÖPER, FORESTIER et TONNET. — Diffusion dans le nerf pneumogastrique des poisons venant de l'estomac. Société de Biologie, 19 février 1921.

vaux demandent confirmation, mais dès maintenant, ils nous apparaissent comme devant être rapprochés de deux faits cliniques certains :

1° Chez les dérégles du système végétatif, la tachyphagie, cause éventuelle de traumatismes répétés de la muqueuse gastrique est presque de règle.

2° Chez ces mêmes malades, il existe fréquemment un état dyspeptique ancien, et le foie, organe auquel est dévolue la fonction antitoxique est le plus souvent insuffisant (obs. 3, 6, 14, 15, etc). La question des rapports qui unissent les glandes endocrines au système nerveux végétatif, domine tout le débat.

Le développement du Basedowisme sur un terrain névropathique différent et préexistant (obs. 16), sa coexistence avec d'autres syndromes dysendocriniens (maladie de Dercum, obs. 27), la coïncidence notée plus haut entre son apparition et les modifications physiologiques de la sécrétion ovarienne (puberté, règles, grossesse, ménopause) ou sa suppression chirurgicale (castration), le fait qu'un traitement thyroïdien peut le déclancher (obs. 27) et que l'hémato paraît, au contraire, avoir sur lui une action sédative assez constante, ne constituent qu'une série d'arguments prêtant à des interprétations également rationnelles et diamétralement opposées selon le tour d'esprit de l'observateur.

Mieux vaut donc attendre l'avenir pour se prononcer sur cette question.

Abordons maintenant la seconde partie du problème.

Nous avons vu, plus haut, que lorsque des états dyspeptiques antérieurs servent de terrain aux troubles capricieux, les premiers semblant évoluer pour leur propre compte, se retrouvent avec leurs mêmes caractères quand l'amélioration de la névrose est obtenue. Il n'en reste pas moins qu'ils peuvent aider peut-être, à la localisation de cette dernière sur l'appareil digestif.

Les faits signalés par M. Lœper, en montrant une fixation élective des toxines sur le plexus solaire et les plexus mésentériques, constituent également une explication.

Pour les cas où l'on ne trouve aucune lésion organique décelable, il est du reste toujours permis d'en supposer une minime en un point quelconque du tube digestif, jouant le rôle d'épine irritative. C'est à cette dernière opinion que se rallie le Pr^s Grasset. Cet auteur fait en outre jouer au psychisme supérieur un rôle prépondérant. Il le place à la base de sa névrose psycho-splanchnique et considère l'ordre de succession des choses comme étant le suivant :

- 1° Une débilité mentale héréditaire ou acquise.
- 2° Un trouble viscéral léger.
- 3° Une aggravation réciproque ; véritable cercle vicieux, créant le tableau clinique avec toutes ses incohérences.

Ce retentissement des sensations coenesthésiques sur l'état mental et inversement, auquel nous avons

déjà fait allusion, nous l'avons, à maintes reprises, observé et nous en tiendrons compte à propos du traitement, car on peut, en agissant sur l'un, améliorer l'autre.

Il est cependant logique de se demander, au point de vue théorique, jusqu'à quel point on a le droit d'admettre que la cause qui a lésé les centres du psychisme a respecté les propriétés dynamiques de la cellule sympathique par exemple, et de faire ainsi abstraction a priori, de l'état de débilité propre du système nerveux végétatif.

A l'occasion d'une poussée vésiculaire avec péri-cholécystite, d'une congestion banale du lobe gauche du foie, d'un engorgement lymphatique épigastrique juxta-aortique, nous avons vu la dyspepsie capricieuse apparaître chez plusieurs malades, présentant par ailleurs de l'instabilité, et disparaître dès l'amélioration de ces symptômes obs. 7-16).

Ne faut-il pas voir là, autant de causes surtout locales, agissant par l'irritation mécanique du plexus solaire ?

Une question se pose en dernier lieu. Peut-on établir une relation de cause à effet entre les troubles circulatoires et la dyspepsie ?

Le parallélisme parfois net est cependant loin d'être constant. Dans bien des cas, les signes appartenant à l'un des deux groupes ont complètement disparu, alors que ceux du second, plus lents à s'atténuer, persistent inchangés.

Cependant, sans forcer les choses, il est bon de re-

marquer que certains troubles digestifs sont nettement d'ordre vaso-moteur, tels la sialorrhée, la diarrhée séreuse parfois d'une intensité cholériforme, et les brusques variations de volume du foie.

La seule conclusion à tirer, selon nous, de l'ensemble de ces faits, c'est qu'en dehors de toutes les circonstances occasionnelles qui peuvent avoir avec elle des rapports plus ou moins intimes, la dyspepsie capricieuse est, avant tout, liée au dérèglement de l'innervation végétative. C'est de lui qu'elle tire tous les caractères qui en font une individualité clinique.

OBSERVATION XVII

(Docteur L. Alquier)

Homme de 35 ans.

A toujours été émotif, impressionnable, phobique (crises de jalousie), sujet à des colères furieuses, trembleur, devient phobique, interprétant ses sensations morbides, atteint de troubles digestifs très variables et capricieux, y voit l'indice de tentatives d'empoisonnement, d'où phobie envers ceux qui préparent ses aliments ; il change plusieurs fois de milieu ; la phobie se porte successivement sur plusieurs personnes. A dans la tête des sensations pénibles ; les interprétant, il s' imagine que sa tête change de forme et diminue de volume, se regarde continuellement dans les glaces et refuse de sortir par honte de sa tête. Ces phobies s'accompagnent d'accès de fureur ayant nécessité l'internement pendant 5 mois. Amaigrissement. Léger tremblement, thyroïde perceptible mou. Dermographisme intense, persistant, avec quelques bouffées de chaleur, surtout après les repas. Mains moites et violacées.

Pouls instable, varie plusieurs fois en une minute : 89, couché ; 100, debout. Tension 17. Traitement de la dyspepsie : fortifiant et 2 cuillerées à café d'hémato (un seul flacon), 3 semaines après : engraisse. Moins émotif. Moins irascible. Pouls, 72-80. Troubles vaso-moteurs très diminués. Les phobies et les troubles digestifs diminuent plus lentement ; l'augmentation du thyroïde et le tremblement ont disparu (plusieurs examens pendant 3 mois). A l'occasion de disputes les troubles vaso-moteurs et les phobies reprennent ; un nouveau traitement par l'hémato (un flacon) amène à nouveau la sédation en 3 semaines.

CONCLUSION :

Il s'agit, dans cette observation, d'un instable phobique, interprétant des sensations coenesthésiques extrêmement variables.

Par exemple, plusieurs périodes mauvaises ayant coïncidé avec la présence de son frère chez lui, il en déduit, peu à peu, que ce dernier glisse dans ses aliments des substances toxiques. Ces substances ne sont pas toujours les mêmes : tantôt, ce sont des causiques, qui le font souffrir, le brûlent ; tantôt ce sont des drogues qui l'intoxiquent, l'empoisonnent sourdement, lui donnent une somnolence pénible et anormale. Dès lors, la présence de son frère lui devient odieuse. Son arrivée-déclanche aussitôt la crise émotive avec tout son cortège de troubles dyspeptiques polymorphes. Ceux-ci ne dépendent pas de l'instabilité cardio-vasculaire et en particulier des perturbations vaso-motrices avec lesquelles ils n'affectent aucun parallélisme, mais uniquement des troubles émotifs. Ils n'en sont pas moins objectifs. L'entou-

rage du malade qui l'observe attentivement, confirme l'existence de vomissements parfois à odeur aigre, parfois bilieux ou alimentaires, de périodes de constipation ou de diarrhée/lientérique.

Au cours des divers examens médicaux on note tantôt le spasme (colon en corde, estomac contracté avec pylore perceptible, etc...) tantôt l'atonie avec distension gazeuse (gros intestin pneumatosé, estomac clapotant, etc...), l'ensemble de ces signes correspondant parfaitement aux sensations subjectives décrites par le malade.

Nous sommes donc en présence, ici, d'une dyspepsie liée intimement à l'état mental, mais présentant au plus haut point, dans ses manifestations, le caractère variable et capricieux qui se retrouve par ailleurs dans le domaine cardio-vasculaire.

OBSERVATION XVIII

(Docteur L. Alquier)

Homme de 50 ans.

Très émotif. Impressionnable. Phobique. Emu par la flaccidité de ses organes génitaux et par des éjaculations trop rapides, fait la phobie de l'impuissance. Angoissé avec idées noires, scrupules et hallucinations se rapportant à la mort (voit des squelettes).

Facès très coloré. Mains violacées. J'assiste à plusieurs crises vaso-motrices (rougeur et chaleur faciale, puis sueur abondante) pendant lesquelles le pouls ne varie pas. Il est remarquablement fixe à 80, mais quelques mouvements le font monter à 100; ensuite il varie plusieurs fois au cours d'une

minute. Gros dermatisme auréolé d'une large zone de vaso-constriction. Tension 17. Gros tremblement pendant les crises, peu accusé au repos. On observe par périodes un léger gonflement du thyroïde, quelques crises d'asthme passagères, attribuables probablement à des crises de la vaso-motricité pulmonaire.

Dyspepsie capricieuse, gonflement et crampes, constipation avec crises de lientérie; état variable d'un jour à l'autre. Les périodes d'anorexie presque absolue, alternent de la façon la plus irrégulière avec les crises de boulimie dont le malade est honteux : « Je crains à certains moments d'être accusé de goinfrerie et l'instant d'après je n'ai plus faim ! » (sic). Cette inquiétude commence même à devenir obsédante.

Les maxima des troubles digestifs coïncident avec des paroxysmes de la névrose ; ils ne sont nullement en rapport avec les variations de l'état mental et des phobies.

Il existe des périodes où les digestions sont excellentes. A aucun moment le foie n'a paru participer à ces divers troubles. Pas de ptoses, pas d'aérophagie.

Les divers traitements (médicaments et régimes) auxquels le malade s'est soumis jusqu'à ce jour n'ont pas amené de modification notable des troubles dyspeptiques. L'hémato (2 flacons) donne dès les premiers jours une grosse amélioration de l'angoisse et de tous les troubles basedowiens, y compris l'état gastro-intestinal. Rechute au bout de 4 mois à la suite de soucis. Pouls 72-100. Légères crises vaso-motrices. Tremblement faible. Thyroïde appréciable. Pas de dermatisme. Troubles dyspeptiques légers. Nouvelle amélioration par l'hémato.

OBSERVATION XIX

(Docteur L. Alquier)

Homme de 35 ans.

Mère ayant présenté, à 55 ans, les mêmes troubles avec tremblement, chaleurs, sueurs, angoisse et tentatives de suicide. Depuis deux ans, lui-même devient impressionnable. émotif, reste dans l'attitude de la peur figée, si on le dispute. Angoisse avec idées noires (voit des têtes de mort). Dyspepsie des plus capricieuses, agitation, besoin de solitude. Crises de tremblement, frissonnement intermittent, chaleurs sans sueurs, mains moites par moments. Thyroïde n'est perceptible que par moments. On constate tantôt tension, 21 avec 100 de pouls, tantôt 18 et 88. Cœur peu excitable par les mouvements, ne varie pas par les changements d'attitude, à peine instable à l'auscultation. Mais la réaction vaso-motrice est variable d'un examen à l'autre ; dermatographe auréolé de vaso-contriction. Pendant une crise émotive avec gros frissonnement, la tension monte à 25 (22 aussitôt après). Amélioration de tous les troubles en deux mois ; l'hémato a été l'agent thérapeutique le plus actif, réclamé du malade qui en a repris spontanément lors d'une recrudescence ; elle calme le nervosisme, l'émotivité, l'angoisse, les chaleurs, le tremblement et la dyspepsie capricieuse. Un mois plus tard, grosse amélioration du nervosisme ; plus calme, ne s'inquiète plus, bien que persiste une sensation de frémissement interne sans tremblement appréciable. Réaction vaso-motrice normale. Mais au cours du même examen, la tension artérielle passe de 22 à 19 $\frac{1}{2}$, le pouls de 110 à 102 ; la peau change fréquemment de coloration.

OBSERVATION XX

(Docteur L. Alquier)

Femme de 28 ans.

Mère névropathe, a eu à plusieurs reprises, notamment à la ménopause, tremblement et tachycardie. Après des contrariétés devient elle-même loquace, irascible, émotive. Puis, confusion mentale incomplète avec accès de délire angoissant, demande pardon, prie qu'on la tue, déplore de grands malheurs ; crises d'excitation, crie, se débat, essaie de se jeter par la fenêtre. On peut en tirer quelques réponses, le délire est coupé d'heures de lucidité. Pouls rapide, dermographisme, thyroïde non perceptible, dyspepsie hépato-digestive. Cet état dure 2 mois, pendant lesquels séjour à Sainte-Anne (professeur Ballet), puis dans une maison de santé. Diagnostic : psychose toxique. Alternatives d'amélioration et d'aggravation ; la confusion mentale semble, par moments, devenir complète : personnes, lieu, dates, etc... tout est confondu. Aménorrhée : la réapparition des règles, pendant 48 heures, est suivie d'une détente. Finalement guérison. J'assiste alors à une crise émotive avec chaleur, rougeur et sueur, gros tremblement, pouls 132, puis 108 et 92 pendant le même examen. Cœur instable. Règles revenues. Dyspepsie capricieuse. Un seul flacon d'hémato, pris en 3 semaines amène la disparition des troubles vaso-moteurs et du tremblement. Pouls devient fixe, 120. Réaction vaso-motrice normale. Dyspepsie et nervosisme très améliorés ; en 3 semaines a pris 2 kilogrammes.

OBSERVATION XXI

(Personnelle)

Femme de 55 ans.

Bien portante jusqu'à l'âge de 30 ans. A cette époque, à la suite de l'accouchement du 4^e enfant, immobilisation au lit

pendant sept mois pour phlébite de la jambe droite. Depuis cette époque est toujours restée nerveuse, avec crises de tremblement (sans palpitations ni troubles vaso-moteurs), à la moindre émotion, au moindre malaise physique. L'état général se maintient cependant bon, les époques sont régulières (2 grossesses sans incident), les digestions normales.

Depuis 18 mois, coïncidant avec le début de la ménopause (les règles ont cessé complètement depuis 9 mois) augmentation accusée du nervosisme avec apparition de nouveaux symptômes ; tremblement plus fréquent, crises vaso-motrices très pénibles avec bouffées de chaleur et parfois sueurs abondantes, mains tantôt rouges et moites, tantôt blanches, froides, engourdis, sialorrhée intermittente. Palpitations, cœur instable passant de 102 dans la station debout à 84 dans la position couchée. Algies variables, erratiques. Le thyroïde de consistance molle ne semble pas augmenté de volume. La réaction vaso-motrice est lente mais diffusante. La malade accuse de l'angoisse, mais l'état mental est en somme satisfaisant.

Quelques semaines après l'apparition de ces divers symptômes, les digestions se troublent, la dyspepsie capricieuse est typique. Il existe en particulier des variations de l'appétit allant de la véritable crise de boulimie à l'anorexie la plus absolue. Tous les moyens employés pour modifier cet état (alcalins, ferments, régimes) sont restés sans effet. Il cède au contraire rapidement à l'hémato (2 flacons) qui amène en outre une amélioration générale des autres symptômes.

OBSERVATION XXII

(Docteur L. Alquier)

Jeune fille de 16 ans.

Aménorrhée depuis quatre mois sans chlorose. Après administration d'ocréine, règles reparaissent. Ensuite, on trouve

pouls instable, 110. Vaso-motricité un peu diffuse, faible. Mauvais caractère. Emotivité, colères, quelques bouffées de chaleur. Un flacon d'hémato ramène le pouls à 84, avec diminution de l'émotivité et du nervosisme. Augmentation d'un kilogramme. Après un court traitement iodé et des règles retardées, mais très abondantes, le pouls est à 80-100 instable, chaque mouvement imprévu déterminant de petites séries de battements rapides. Tendance au dermatographisme largement auréolé de blanc. Tremblement par moments. Dyspepsie capricieuse, dont l'amélioration demande environ 3 mois.

OBSERVATION XXIII

(Docteur L. Alquier)

Femme de 22 ans.

Depuis un an (après chagrin d'amour), est irritable avec sautes d'humeur. Dyspepsie capricieuse. Règles variables ; leur retard a été traité par l'ocréine par un médecin qui a, en outre, constaté la congestion du foie et prescrit des cholagogues. A l'examen, thyroïde perceptible, tremblement menu par moments, cœur autour de 84, légèrement instable, tendance aux chaleurs avec moiteur. Réaction vaso-motrice lente, diffuse. Ventre plat. Gros intestin rétracté en corde. Estomac non perceptible, foie petit (l'alimentation paraît cependant très suffisante). En quelques semaines, amélioration par l'hémato et le traitement bile-pancréatine-soufre.

OBSERVATION XXIV

(Docteur L. Alquier)

Jeune fille de 15 ans.

Réglée à 14 ans $\frac{1}{2}$, plusieurs fois par mois. Il y a 4 mois opérée d'un kyste thyroïdien ; la peur d'une récurrence et des

chagrins de famille la rendent nerveuse, émotive, avec crises de larmes. Chaleurs et sueurs, crises de tremblement, dyspepsie des plus capricieuses, thyroïde non perceptible, pouls instable autour de 100, varie à l'occasion de tous les gestes imprévus. Un flacon d'hémato donne dès les premiers jours une grosse amélioration de l'émotivité, du sommeil et des troubles vaso-moteurs (réaction vaso-motrice absolument déréglée avant, est redevenue normale ; des ecchymoses survenues aux points de pression des vêtements s'atténuent). Le pouls varie encore de 100 à 120.

OBSERVATION XXV

(Personnelle)

Jeune fille de 23 ans.

Nerveuse, émotive depuis l'enfance. Règles régulières mais insuffisantes et douloureuses. A l'âge de 20 ans, poussée de tuberculose pulmonaire apyrétique : craquements secs au sommet droit, adénopathie trachéo-bronchique, amaigrissement. A ce moment on observe de la tachycardie et de l'instabilité cardio-vasculaire, sans tremblement ni modification du thyroïde. Il existe en outre des troubles dyspeptiques liés à un léger degré d'insuffisance hépato-biliaire et à la tachyphagie : (inappétence, état nauséux après les repas, somnolences, prurit, selles pâteuses, décolorées et fétides, dermatoses). Traitement classique : récalcifiants, régime, etc...

La malade est revue trois ans plus tard, les lésions bacillaires semblent entièrement cicatrisées, mais on trouve tous les signes du Basedowisme fruste : léger gonflement du thyroïde, nervosisme intense, tremblement, palpitations, pouls variant de 100 à 140 au cours du même examen ; tension 20 à 25, crises vaso-motrices, réflexes tendineux généralement vifs. Dyspepsie capricieuse avec alternative de diarrhée lien-

térique et de constipation. Pas de parallélisme entre les troubles intestinaux et gastriques. L'estomac est atone (sans aéro-phagie), l'état du foie et de l'intestin variable d'un examen à l'autre.

Le traitement : bile, soufre, pancréatine, associé aux sédatifs nervins et à la digitale à petites doses répétées, amène une amélioration nette, portant d'abord sur les troubles circulatoires, puis un peu plus tard sur les symptômes digestifs.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

Femme de 33 ans.

Appartenant à une famille de tuberculeux, ayant présenté elle-même dans son enfance une tumeur blanche du genou droit qui guérit complètement par ankylose. De 16 à 20 ans crises de céphalée avec scotome scintillant et hémiopie latérale homonyme droite passagère, de nature suspecte. A 23 ans typhoïde, suivie d'une longue période de troubles dyspeptiques caractérisés par l'hypo-pepsie et la tendance à la diarrhée. A cette époque on ne trouve plus aucun signe de tuberculose en activité. Les réflexes tendineux sont vifs, le nervosisme existe, mais il n'y a pas trace de symptômes dysendocriniens.

Deux ans plus tard, sans cause apparente, la malade devient beaucoup plus nerveuse, irritable, angoissée. La dyspepsie capricieuse apparaît en même temps typique. Cet état digestif se prolonge avec des périodes d'accalmie et d'exacerbation, pendant environ 18 mois, date à laquelle on note pour la première fois le gonflement thyroïdien, bientôt suivi de l'ensemble des autres signes du basedowisme léger (tremblement menu, instabilité cardio-vasculaire, crises vaso-motrices, hypoovarie, etc..., pas d'exophtalmie).

La malade suivie régulièrement depuis cette époque a été traitée par l'hémato, qui chaque fois a amené une amélioration nette. Au point de vue digestif, les troubles même dans les périodes de recrudescence n'ont plus jamais présenté le caractère variable ; remplacé par la lenteur habituelle des digestions avec constipation et spasticité du colon.

OBSERVATION XXVII

(Personnelle)

Femme de 25 ans.

Consultant pour un œdème diffus, assez dur, sans godet occupant la totalité des membres inférieurs et montant jusqu'à l'ombilic ; plus marqué le soir, avec parfois crises de bouffissure de la face, du cou et des mains. Lipomatose symétrique douloureuse sous-trochantérienne et nombreuses nodosités de cellulite disséminées. Nerveuse dans le sens du Basedowisme : émotive, impressionnable, avec sueurs faciles, tachycardie habituelle, instabilité cardio-vasculaire (tension variant de 19 à 28). Réaction vaso-motrice provoquée donnant de la vaso-constriction nette à plusieurs examens. Frilosité générale, extrémités toujours froides. Pas de troubles endocriniens nets. Thyroïde non augmenté de volume, de consistance non modifiée ; règles normales avec simple congestion pelvienne prémenstruelle. Rien aux autres organes. Digestions bonnes.

A l'occasion d'un traitement thyroïdien pris spontanément par la malade pour maigrir, une brusque aggravation se produit : Nervosisme intense, angoisses, grosse instabilité, palpitations, troubles vaso-moteurs spontanés, bouffées de chaleur très pénibles, etc... En outre deux nouveaux symptômes apparaissent : Le tremblement menu et la dyspepsie capricieuse typique.

La suspension du traitement thyroïdien amène rapidement la régression de tous ces troubles. L'état antérieur reparait inchangé.

Pendant les six mois suivants où la malade a été traitée pour son œdème, la dyspepsie variable n'a plus jamais été observée.

OBSERVATION XXVIII

(Docteur L. Alquier)

Homme de 33 ans.

Ramollissement des sommets. Adénopathie trachéo-bronchique droite. Depuis quatre mois, nerveux, dyspepsie capricieuse, chaleurs et sueurs, tremblement intermittent. Tension 14 $\frac{1}{2}$, puis 11 pendant que le pouls passe de 130 debout, à 108 assis, et 105 couchés. L'épingle passée sur le thorax détermine un dermographisme précis, instantané, mais durant peu.

Après amélioration (injections d'hémostyl Roussel), tension de 14 $\frac{1}{2}$; pouls 120, varie à peine de deux pulsations par les changements de position, tremblement, quelques bouffées de chaleur.

TRAITEMENT

Le traitement devra, avant tout, supprimer la cause d'irritation nerveuse ou tout au moins calmer celle-ci. S'adresser à l'estomac serait, au contraire peu utile. Or, le système végétatif peut être irrité localement ou dans son ensemble. Chaque fois donc que l'on rencontrera une vésicule distendue, des nodosités de cellulite épigastrique (engorgement lymphatique d'Alquier), une congestion du lobe gauche, etc., susceptibles d'irriter le plexus solaire, c'est contre eux que le traitement sera d'abord dirigé. En même temps que ce traitement local, sans lui s'il n'existe aucune des indications que nous venons de signaler, une thérapeutique générale sera instituée. Elle sera à la fois physique et morale.

La psychothérapie consiste ici à expliquer au malade l'origine nerveuse des malaises complexes et variables qui l'inquiètent. Il faut lui affirmer que les troubles psychiques qu'il éprouve liés uniquement aux perturbations de l'innervation végétative, n'ont pas une importance plus grande que les symptômes gastriques et circulatoires, et surtout qu'ils n'ont rien de commun avec l'aliénation mentale à laquelle ils

n'aboutiront jamais ; lui persuader finalement que toutes ces manifestations d'une même cause guériront à coup sûr.

Recommander la vie calme.

Mais le traitement psychique n'est rien à lui tout seul : il ne suffit pas de montrer au malade qu'on comprend son état, d'en affirmer la curabilité, encore faut-il lui prouver cette dernière en déterminant une amélioration rapide. Avant tout, il faut combattre ce qui peut irriter encore le système nerveux végétatif déjà constitutionnellement déséquilibré. Il faut donc insister sur les points suivants : repas à heures régulières, aliments finement divisés, mastication lente et aussi parfaite que possible ; la qualité des aliments, le régime proprement dit ont ici beaucoup moins d'importance que dans les autres dyspepsies, et d'autre part, on doit se méfier de ces malades qui plus encore que les autres justifient la phrase célèbre : « Les vieilles prescriptions respectées, sont une des plaies de la médecine ».

Dans les cas où il existe de l'aérophagie et de la sialophagie, il sera simplement utile de proscrire le tabac.

Il faut savoir être sobre de médicaments ; éviter, en particulier, ceux qui paraissant indiqués en présence d'un trouble donné aggraveraient le trouble contraire qui demain peut exister. On se gardera en particulier, d'employer dans les crises dépressives la strychnine qui utile aujourd'hui, deviendrait fatalement nuisible à brève échéance. De même, les

traitements symptomatiques de l'hyper et de l'hyposténie gastro-intestinale, malgré leur caractère anodin devront être maniés avec une grande prudence.

Enfin les réactions vaso-motrices cutanées étant dérégées, on évitera toute excitation violente de la peau, révulsifs, pointes de feu, etc... L'hydrothérapie se bornera aux bains et aux tubs tièdes, à l'exception des douches. C'est pour la même raison que nous nous méfions de toutes les préparations iodées qui même en applications externes peuvent augmenter les troubles vaso-moteurs et d'une façon générale tous les symptômes basedowiens.

Les médicaments utiles s'adressent à l'état général, au système nerveux, à la dyspepsie : le malade a-t-il besoin d'être calmé, on lui donnera du bromure à petites doses (1 à 2 gr.), de préférence en lavement. On pourra aussi employer les préparations de valériane, mais on se gardera des hypnotiques, somme susceptibles de devenir des déprimants trop énergiques, et aussi, parce que ces malades ont trop de tendance à la toxicomanie.

Comme remontant, les arsenicaux pourront être utiles : L'arséniate de soude (4 à 5 milligr. par jour) associé au nucléinate de soude (20 centigr.) et au phosphate de soude (1 gr.) n'amène généralement pas d'excitation nerveuse. L'arséniate de quinine (4 centigr. par jour) donne également de bons résultats. On pourra encore employer avec profit l'acide phosphorique (1 gr. par jour) prescrit dans un sirop de

sucré pour masquer son acidité, et associé au phosphate de soude selon la formule de Joulie.

Les médicaments les plus efficaces sont ceux qui agissent comme régulateurs de la vaso-motricité. La quinine et le quinquina, recommandés par M. Gaultier dans la maladie de Basedow, agissent remarquablement dans ce sens. La digitale à toutes petites doses répétées pendant 8 à 10 jours (de préférence poudre de feuilles : 10 à 15 centigr. par jour) est aussi à conseiller. La belladone (1 à 2 centigr. de poudre de feuilles) ne sera, au contraire, employée que s'il existe une tendance aux spasmes ou de l'aérophagie surajoutée ; elle agit sur cette dernière en diminuant la sécrétion salivaire. Il faudra, en outre, traiter ce symptôme comme un tic, en faisant porter au malade un tube creux (fume cigarette par exemple) entre les dents.

L'hémato-éthéroïdine de Hallion à dose de 1 à 3 cuillerées à café par jour, constitue, dans la majorité des cas, la médication de choix. Elle amène une amélioration nette des troubles vaso-moteurs, de la dyspepsie et du nervosisme.

Signalons, dans le même ordre d'idées, l'infusion de feuilles de vigne rouge, additionnée ou non de marron d'Inde, qui tend à retarder les règles lorsqu'elles sont trop fréquentes, et l'opothérapie ovarienne (poudre d'ovaire 50 centigr. par jour, ocréine, etc...) qui agit dans le sens opposé.

Contre la dyspepsie proprement dite, la médication qui nous a donné les meilleurs résultats est le

mélange bile-soufre-pancréatine, sous un enrobage soluble dans l'estomac et dosé à quelques centigrammes seulement de chacun des composants.

Ce traitement préconisé par le D^r L. Alquier, doit être prescrit de la façon suivante : Une ou deux pilules à l'apparition de chaque malaise, quel qu'en soit le mode, le nombre ou l'heure. Il améliore rapidement tous les troubles dyspeptiques placés sous la dépendance du système nerveux végétatif. Son auteur croit voir dans les expériences des physiologistes sur le contrôle pylorique, l'explication de son action (1).

En suivant ces règles simples, on verra, le plus souvent la dyspepsie capricieuse s'améliorer en quelques semaines, à moins qu'on ne se heurte à de gros troubles mentaux, à des conditions défectueuses de vie matérielle et morale, etc...

Néanmoins, dans ces cas, il n'est cependant pas, indifférent pour l'avenir du malade de savoir reconnaître et soulager la dyspepsie.

(1) ALQUIER. — Comment agit la médication bile-pancréatine-soufre ? *Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1914.

CONCLUSIONS

La dyspepsie capricieuse par dérèglement de l'innervation végétative, syndrome d'observation assez fréquente, constitue une variété de gastro-névrose, méritant d'être dégagée des autres dyspepsies nerveuses dont elle s'individualise par son tableau clinique bien spécial, sa pathogénie propre et ses indications thérapeutiques précises.

Elle est caractérisée par l'aspect très particulier des symptômes dyspeptiques et par leur association avec les diverses manifestations de la névrose dans tous les autres domaines : cardio-vasculaire, neuro-musculaire, mental, respiratoire, sécrétoire et sensoriel.

Au point de vue gastro-intestinal, ce qui est pathognomonique, c'est l'imprévu, la variété extrême des symptômes, leur passage brusque d'un extrême à l'autre, de la pathologie digestive, véritable état anarchique auquel le foie et l'intestin participent au même titre que l'estomac. C'est aussi l'influence nulle de l'alimentation, l'échec des médications symptomatiques et des régimes.

A côté des troubles dyspeptiques, trois faits méritent, par leur constance, de retenir particulièrement l'attention, ce sont :

1° Le tremblement survenant ou s'accroissant par crises, généralement menu, rapide et régulier, parfois remplacé par des petites secousses musculaires cloniques ;

2° Le nervosisme spécial avec irritabilité, émotivité, angoisse et même troubles mentaux parfois plus intenses, mais en général curables.

3° Enfin l'instabilité cardio-vasculaire (accompagnée ou non de tachycardie). Se manifestant par les variations soudaines du rythme cardiaque, les sautes brusques de la pression artérielle, les crises vaso-motrices, elle ne fait jamais défaut et constitue un des éléments les plus importants du diagnostic.

En dehors de sa constatation, celui-ci repose en outre sur le caractère capricieux des malaises digestifs (la fixité, ou la régularité dans les variations restant par opposition l'apanage des affections organiques) ; sur l'absence de signes objectifs stables et sur l'état mental qui permet d'écarter les hypothèses de neurasthénie et d'hystérie. Rappelons enfin que le syndrome qui nous occupe peut alterner avec d'autres états dyspeptiques ou même se superposer à eux.

Y compris les cas où une irritation localisée du plexus solaire provoque plus spécialement son apparition, la dyspepsie capricieuse survenant toujours sur le terrain de la névrose vaso-motrice, est avant tout la traduction dans le domaine digestif du dérèglement général du système nerveux végétatif, comme l'instabilité cardio-vasculaire n'en est que le reflet dans le domaine circulatoire. Entre ces deux

symptômes qui apparaissent bien comme les effets d'une même cause, une action réciproque peut s'exercer. Mais on ne saurait actuellement s'aventurer plus avant dans cette voie, non plus qu'essayer de reprendre la distinction entre ce qui revient au vague et ce qui revient au sympathique. Le psychisme est insuffisant à créer à lui seul le tableau clinique.

Le traitement doit, avant tout, supprimer la cause d'irritation solaire quand elle existe, sinon se borner à combattre l'excitation nerveuse. Il sera à la fois moral (psychothérapie) et physique.

Les médicaments les plus utiles sont ceux, qui négligeant le symptôme essentiellement variable et passager, s'adressent à l'état général pour le tonifier, aux phénomènes vaso-moteurs pour les stabiliser, au système nerveux végétatif pour régulariser son fonctionnement.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER. — 30 cas de Basedowisme fruste ou névrose vaso-motrice. — *Revue neurologique*, 30 juin 1913.
- Basedowisme ou névrose vaso-motrice. — *Revue neurologique*, 30 mars 1914.
- ALQUIER et HUMBERT. — La dyspepsie capricieuse par dérèglement de l'innervation végétative. — *Revue neurologique*, 4 novembre 1920.
- ARTHURS. — Précis de physiologie. — Masson, 1920.
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac, 1893.
- BROWN (GRAHAM). — Hypertonie du sympathique, ses relations avec la toxémie intestinale. — *Edim. Médic. Journal*, février 1920.
- BOUCHUT et LAMY. — Les gastro-radiculites et entéro-radiculites. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1921.
- CHEINISSE. — La Vagotonie. — *Semaine médicale*, novembre 1912.
- DEJERINE et GAUCHLER. — Les asthénies périodiques. — *Presse médicale*, juin 1914.
- Les fausses gastropathies. — *Presse médicale*, mars 1906.
- DEMADIÈRES (Fanny). — Valeur séméiologique de l'exploration de la région épigastrique profonde chez les dyspeptiques. — *Thèse de Paris*, 1920.
- DUPRÉ. — La constitution émotive. — *Paris médical*, octobre 1911. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*. CLXXIX, n° 13.

- Les cœnesthopathies. — *Mouvement médical*, janvier 1913.
- ENRIQUEZ. — Maladies de l'estomac. — *Traité Enriquez, Lafitte, Bergé et Lamy*, 1909.
- GLEZ. — *Traité élémentaire de physiologie*. — Baillière, 1920.
- GOODHART. — Origine nerveuse de l'état saburral de la langue et des perturbations du goût. — *The Lancet*, septembre 1915.
- GRASSET. — La névropathie psychosplanchnique ou cérébro-viscérale. — *Traité élémentaire de physio-pathologie clinique*, tome III. — *Le journal médical français*, 1909. — *Province médicale*, février 1909.
- GUILLAUME (A.-C.). — Le sympathique et les systèmes associés. — Masson, 1921.
- HAYEM et LION. — Maladies de l'estomac. — *Nouveau traité de médecine par A. Gilbert et P. Carnot*, 1913.
- HARVIER. — Pathologie du grand sympathique. — *Sympathique et glandes endocrines*, 1921.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire. — *Thèse de Paris*, 1903.
- Définition du sympathique. — *Gaz. des Hôp.*, juin 1913.
- Pathologie du sympathique. — *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* ; fascicule XXXVI.
- Les sympathoses. — *Presse médicale*, septembre 1913.
- Rapport des sécrétions internes et du système nerveux. — *Revue de Médecine*, 1904.
- LEBOVICI. — La neurasthénie de l'estomac. — *Gazette médicale de Paris*, LXXXI.
- LE NOIR. — Les faux gastriques. — *Cliniques de l'hôp. St-Antoine*.
- De la douleur chez les dyspeptiques et les gastropathes. — *Journal de Médecine interne*, avril 1910.
- LEVEN. — La douleur-signal. — *La Clinique*, 1909.

- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive. — Masson, 1911-1919.
- LOEPER, FORESTIER et TONNET. — Diffusion dans le nerf pneumo-gastrique des poisons venant de l'estomac. — *Société de Biologie*, 19 février 1921.
- LOEPER et MOUGEOT. — Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques. — *Société médicale des Hôp.*, 25 avril 1913.
- LYON (Gaston). — Troubles dyspeptiques endocriniens et sympathiques. — *Bulletin médical*, mai 1921.
- MATHIEU. — Traité des maladies de l'estomac. — *Pathologie gastro-intestinale*.
- MOUTIER. — Essai chimique et thérapeutique sur les crises solaires, leur traitement par l'ésérine. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1920.
- PARHON. — Le réflexe gastro-sudoral. — *Revue neurologique*, 1920.
- RAMOND (Félix) et CARRIE. — Syndrome sympathique. — *Annales de Médecine*, 1919.
- RAMOND (Félix), CARRIE et PETIT. — Syndrome sympathique. — *Société méd. des Hôp.*, 21 décembre 1917.
- Troubles sympathiques et état dyspeptique. — *Soc. Méd. des Hôp.*, janvier 1918.
- RENARD. — Le syndrome sympathique dans les affections gastriques. — *Thèse de Paris*, 1921.
- ROBIN. — Comment il faut comprendre les dyspeptiques, pour les traiter utilement. — *Journal de Médecine de Paris*, XXIX).
- ROUX (J. Ch.). — Recherches sur les viciations de la sensibilité gastrique. — *Revue de Médecine*, 1899.
- L'exploration objective de la sensibilité gastrique et sa valeur séméiologique. — *Pathologie gastro-intestinale de Mathieu et J. Ch. Roux*.
- SALIGNAT. — Hypersthénie gastrique et névrose. — *Soc. Méd. de Paris*, avril 1914.

- SAND. — *Archives internationales de Médecine légale*, 1910.
- SAVINI. — Le type constitutionnel sympathique ou vaso-moteur. — *Progrès médical*, février 1913.
- SOUPAULT. — Les dyspepsies nerveuses. — *Thèse de Paris*, 1893.
- SOUPAULT et LEVEN. — *Traité des maladies de l'estomac*, 1906.
- TINEL. — Les algies sympathiques. — *Presse Médicale*.
- YGEA. — Du réflexe oculo-cardiaque et de l'importance de son étude en pathologie gastrique. — *La Clinica Castellana*, nov. 1914.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
